15. OSASUN JARDUNALDIAK ADIMEN OSASUNA OZTOPOAK GAINDITZEN

Batzorde Zientifikoa: Ander Arrazola *
Iñaki Arrizabalaga **
Arantza Zabala*******
Mª Luisa Barandiaran***
Manuel Eziolaza***
Olatz Olaziregi Zabaleta*****

Batzorde Antolatzailea: Lázaro Elizalde ****
Mª Jose Azkona ****
Juana Gamboa ***
Uxue Flores ***
Kontxi Moreno ****
Carmen Estebanez ******
Esozia Arroabarren *****
Ion Alvarez Gerriko *****
José Luis De Miguel ***
Lorea Imirizaldu *****
Pilar Marin ****

Euskara aholkulari teknikoa: Fernando Rey (sendagilea) ⓐ

* Osasun Departamentua
** Adimen Osasuna
*** Oinarrizko Osasun Laguntza
**** Osasun Publikoko Institutoa
***** Bideko Ama Ospitalea.
****** Nafarroako Ospitalea
******* Ospitalez Kanpoko Kontsultategia

ⓐNafarroako Aldizkari Ofizialaren Zerbitzuaren Laguntzak

Legezko Gordailua: NA 1.261-2005
Inprimatzailea: I. Zubillaga - Pol. Talluntxe II, c/ G, nave 4 - Noain (Nafarroa)

15. OSASUN JARDUNALDIAK ADIMEN OSASUNA OZTOPOAK GAINDITZEN

OSASUNGOA
EUSKALDUNTZEKO
ERAKUNDEA

maiatzaren 6a, ostirala.

9:00 Ongietorria eta aurkezpena.

Javier Sada. Nafarroako Osasun zuzendari nagusia.
Pedro Burillo. NUPeko errektore jaun txit prestua.

9:15 Hitzaldia: **ADIMEN OSASUNAREN ARLOKO EGOERAREN ANALISIA.**

Koordinatzailea: **Ander Arrazola**. Epidemiologoa. Osasun Departamentua.
Hizlaria: **Imanol Kerejeta**. Psikiatra. Donostiako Ospitalea.

10:45 Atsedenaldia.

11:15 Mahaingurua: **KOMUNIKAZIOA: NOLA ESAN, NOLA ENTZUN, NOLA ULERTU**.

Tailerrak 1. txanda

Koordinatzailea: **Arantza Zabala**. Erizaina. Anbulatorioen eta Ospitalez kanpoko Laguntzaren Zuzendaritzako Harrera Atala.

Hizlariak:
Jose Mª Aierzaguena. Famili Medikua. San Inazioko Osasun Zentroa.
Maite Arrillaga. Famili Medikua eta psikiatra. Lesakako Osasun Etxea.
Benar Intxaurrondo. Gizarte-laguntzailea. Altsasuko Josefina Arregi Klinika eta Iruñeko Argibide Fundazioa.

13:00 Ahozko komunikazioak

14:00 Bazkaria

16:00 Mahaingurua: **ADIMENEKO GAIXOTASUN LARRIAK**.

Tailerrak 2. txanda

Koordinatzailea: **Manuel Eziolaza**. Famili Medikua. Burlatako Osasun Zentroa.

Hizlariak:
Ainhoa Arburua. Psikologoa. Osasun Mentalerako Nafarroako Elkartea. Bortziriak.
Blas Erkizia. Psikiatra. Beasaingo Adimeneko Osasun Zentroa.
Germán Rodríguez Vázquez. Erizain Psikiatrikoa. Donostiako Ospitalez Kanpoko Osasun Mentala.

18:00 Ahozko Komunikazioak.

19:00 Bukaera.

maiatzaren 7a, larunbata.

10:00	Mahaingurua: **DROGAMENPEKOTASUNA ETA PATOLOGIA DUALA, ADIKZIO BERRIAK ..., EPIDEMIA BERRIAK?** Koordinatzailea: **Iñaki Arrizabalaga.** Hizlariak: **José Javier López Goñi.** Psikologoa. Gizakia Helburu. Iruña. **Maite Aranburu.** Psikiatra. Lizarrako Adimeneko Osasun Zentroa. **Ainhoa Izeta Lizarraga.** Altsasuko Osasun Etxeko Pediatra.
11:30	Atsedenaldia.
11:45	Hitzaldia: **GIZARTEA LAGUNA EDO ETSAI**. Koordinatzailea: **Arantza Zabala.** Hizlaria: **Mariasun Landa.** Idazlea.
12:45	Bukaera eta OEEren urteroko bilera nagusia

maiatzaren 6a, ostirala. Tailerrak

1. txanda ➔ 11:15 2. txanda ➔ 16:00	**I. TAILERRA**: **ARAZOEI AURRE EGITEKO TEKNIKAK.** Koordinatzailea: **María Luisa Barandiaran.** Famili Medikua. Txantreako Osasun Zentroa. Irakasleak: **Iñaki Arrizabalaga.** Psikologoa. Burlatako Adimeneko Osasun Zentroa **Gorka Pérez.** Psikologoa. Txantreako Eguneko Ospitale Psikiatrikoa.
1. txanda ➔ 11:15 2. txanda ➔ 16:00	**II. TAILERRA: ELKARRIZKETA MOTIBAZIONALA.** **Ana Arillo.** Famili Medikua. Txantreako Osasun Etxea. **Maite Ayarra.** Famili Medikua. Uharteko Osasun Etxea.

Ateak Zabalik: Kanpoko tailerra	**ESTRESARI AURREA HARTZEN** TXANTREAKO OSASUN ETXEAN
Ostirala, 16:30etik 18:30 arte. **Larunbata, 10:00etatik 13:00ak arte.**	**Ana Kariñena** erizainaren eskutik, Jardunaldiekin batera, OEE-Nafarroak antolaturik, estresaren inguruko tailer bat eginen da, hurbildu nahi duten guztientzat irekia (Biltoki elkartea laguntzaile).

AURKIBIDEA

PONENTZIAK

1. MAHAIA: **Orria**

EUSKAL HERRIKO PSIKIATRIAREN HISTORIA. 21
Imanol Kerejeta.
Psikiatria Zerbitzua, Donostia Ospitalea.

2. MAHAIA:

OZTOPOAK GAINDITZEN: GURE ESPERIENTZIA. 23
Jose M. Aiarzaguena.
San Inazioko Osasun Zentroa. Bilbo.

ADIMEN OSASUNA: OZTOPOAK GAINDITZEN. 27
Maite Arrillaga Arizaga.
Lesakako Osasun Zentroa.

"NOLA ESAN, ENTZUN, ADITU, ULERTU: ESPERIENTZIA BAT". 31
Benar Intxaurrondo Arraras
Josefina Arregui Klinika. Altsasu.

3. MAHAIA:

ANASAPS-DIZDIRA: ADIMENEKO ERIEI ETA FAMILIEI LAGUNTZEKO ELKARTEA. 35
Ainhoa Arburua.
Dizdira Taldea. ANASAPS. Bortziri. Nafarroa.

OSASUN MENTALEKO GAITZ LARRIAK. 39
Blas Erkizia.
Beasaingo Adimen Osasun Zentroa.

HAUR ETA NERABEEN ADIMEN GAIXOTASUN LARRIAK. 43
German Rodriguez Vazquez.
Donostiako Ospitalez Kanpoko Osasun Mentala.

4. MAHAIA:

MENPEKOTASUN ZAHARRAK ETA EGITEKO BERRIAK: BITARIKO PATOLOGIA. 47
J.J. López-Goñi, N. Landa, J. Fernández-Montalvo, I. Lorea.
Nafarroako Gizartea Helburu Fundazioa. Iruña / Tuterako Adimen Osasuneko Zentroa / Nafarroako Unibertsitate Publikoa. Iruña.

ARRETA-FALTA ETA HIPERAKTIBITATEA. 55
Ainhoa Izeta Lizarraga.
Altsasuko Osasun Zentroa.

5. HITZALDIA:

LITERATURA SENDAGAI. 63
Mariasun Landa.
Idazlea.

TAILERRAK

1. TAILERRA:

ARAZOEN IRTENBIDEA. 67
Iñaki Arrizabalaga, Gorka Perez.
Burlatako Adimen Osasun Zentroa / Eguneko Ospitale Psikiatrikoa. Iruña.

2. TAILERRA:

ELKARRIZKETA MOTIBAZIONALA. 75
Ana Arillo, Maite Ayarra.
Txantreako Osasun Etxea. Iruña / Uharteko Osasun Etxea.

3. TAILERRA:

JAKOBSON-EN METODOA. 77
Ana Kariñena. (Egokitzailea)
Txantreako Osasun Zentroa. Iruña.

KOMUNIKAZIOAK

1. AHOZKOAK:

ALZHEIMERRA DUTEN GAIXOEN ETA EZINTASUNIK SORTZEN EZ DUTEN PATOLOGIAK DITUZTEN ADINEKO PERTSONEN ZAINTZAILE INFORMALEN BEHAR PSIKO-SOZIALAK. ANALISI KONPARATIBOA 83
Idoia Aranburu, Ana Izquierdo, Idoia Romo.
Txagorritxuko Ospitalea. Gasteiz.

ALZHEIMERREN GAIXOTASUNAREN NEUROFISIOLOGIA. . 85
Lorea Imirizaldu, Olatz Olaziregi, Ion Alvarez, L. Gonzalez, M.L. Alvarez, Iñaki Garcia de Gurtubay.
Neurofisiologia Klinikoko Zerbitzua, Bideko Ama Birjina Ospitalea. Iruña.

ADIMEN GAIXOTASUNA PAKEAKO BAJETAN, 1999-2004. . 89
Eskarne Zubero, Andone Larrea.
Lan Istripu eta Gaixotasun Profesionaletako Gizarte Segurantzaren Mutua - Pakea. Pasaia.

BULARREKO ETA BESTE ORGANO BATZUETAKO MINBIZIAREN EPIDEMIOLOGIA GENETIKOA EUSKAL HERRIAN: ISONIMIA METODOLOGIARI BURUZKO IKERKETA. 91
Jesús Delgado Naranjo, A. Plazaola Altzerreka, C. Rodríguez Andrés.
Prebentzio Medikuntza eta Osasun Publikoa Saila, Euskal Herriko Unibertsitatea.

FISIOBERRIK: GIZA FISIOLOGIAKO PRAKTIKETARAKO EUSKARAZKO MATERIAL DIDAKTIKOA SORTZEARREN MULTIMEDIAREKIN IZANDAKO ESPERIENTZIA. 93
Elena Díaz Ereño, Josi Sierra Orrantia, Javier Gil Goikuria, Rosa María Arin Lakidain, Gorka Larrinaga Enbeitia, Asier Valdivia Palacín, Adolfo Varona Gutiérrez, Susana Gil Orozko, Jon Irazusta Astiazaran, Judit Rodríguez, Aitor Sainz Lete, Elixabet Urrestarazu.
Fisiologia Saila. Medikuntza eta Odontologia Fakultatea. Euskal Herriko Unibertsitatea / Leioako Erizaintza Eskola. Euskal Herriko Unibertsitatea / Soin Hezkuntzako Euskal Erakundea. (SHEE – IVEF) / Hezkuntza Saila. Eusko Jaurlaritza- IKT programa / Donostiako Erizaintza Eskola. Euskal Herriko Unibertsitatea / Medikuntza eta Odontologia Fakultatearen lehenengo zikloko ikasleak.

PILOTARIEN ALDAKAKO PATOLOGIA. 95
Susana Gil, Eli Hijona, Zulema Fernandez, Jose A. Lopez.

Errendimendu Handiko Saila, Soin Hezkuntzako Euskal Erakundea, EHU / Basurtuko Institutu Medikoa, EHU / Galdakaoko Ospitalea, Erradiodiagnostikoko Zerbitzua, Osakidetza.

65ETIK GORAKOEN HERIOTZA-TASAREN IKERKETA EUSKADIN. (1986-2001) 97
Arrate Plazaola, Jesus Delgado, Carlos Rodríguez.
Prebentzio-Medikuntza eta Osasun Publikoko Saila, EHUko Medikuntza Fakultatea.

2. POSTERRAK:

NORTASUNAREN EZAUGARRIAK ETA SUIZIDIO AHALEGINAK NERABEETAN. 99
Maialen Arístegui Aguirre, Cristina Iniesta Ozcariz, Arantza Mugika Eizmendi, Maier Rodriguez Zabaleta, Aránzazu Fernández Rivas, Miguel Ángel González Torres.
Psikiatria Zerbitzua, Basurtoko Ospitalea, Bilbo.

PARKINSONEN GAIXOTASUNA ETA LUDOPATIA. 103
Olga Maisterra, L. Imirizaldu, X. Pagonabarraga, B. Pascual, A. Gironell, J. Kulisevsky.
Neurologia Zerbitzua, Nafarroako Ospitalea. Iruña / Unitat de Trastorns del Moviment, Servei de Neurologia, Hospital de Santa Creu i Sant Pau. Bartzelona.

ENTZUMEN BIDEAREN P300 POTENTZIAL KOGNITIBO EBOKATUA. METODOLOGIA, ZENTZU FUNTZIONALA ETA ERABILERA. 105
M.O. Arechaga, Olatz Olaziregi, J. Urriza, Iñaki García de Gurtubay.
Bideko Ama Birjina Ospitalea. Iruña.

ESKLEROSI ANIZKOITZA. BEHARRAK IDENTIFIKATZEN. 107
Isabel Elorza, Ana Gordoa, Xabier Huitzi, Ikerne Uria.
Erizaintza II. Euskal Herriko Unibertsitatea. (UPV-EHU) / Donostia Ospitalea.

INFEKZIO ESTREPTOKOZIKOARI LOTUTAKO TIK KONPLEXUAK (PANDAS): KASU KLINIKO BATI BURUZ. 109
Ion Álvarez, T. Durá, M.E. Yoldi, Olatz Olaziregi, Y. Salicio, Lorea Imirizaldu.
Neurofisiologia Klinikoko Zerbitzua / Neuropediatriako Saila / Mikrobiologiako Zerbitzua
Bideko Ama Ospitalea. Iruña / Nafarroako Ospitalea. Iruña.

KANPTOKORNIA, GAIXOTASUN PSIKIATRIKOTIK ORGANIKOTASUNERA. 111
Olatz Olaziregi, Lorea Imirizaldu, M.O. Arechaga, Iñaki García de Gurtubay, L. Gila, Ion Alvarez, L. Gonzalez.
Bideko Ama Ospitalea. Iruña.

LOAREN APNEA BUXAGARRIAREN SINDROMEA. KASU KLINIKO BAT. 113
Estibaliz Goienetxe, Ion Álvarez, Esozia Arroabarren, J. Cascante, Javier Hueto, Ana Isabel Tabar.
Alergologia Atala / Neumologia Departamentua.
Bideko Ama Birjina Ospitalea. Iruña.

MENDIKO ESKIATZAILEEN DIETA, LEHIAKETA AURRETIK ETA LEHIAKETA OSTEAN. 115
Elena Diaz Ereño, Fátima Ruiz Litago, Javier Gil Goikuria, Amaia Irazusta Astiazaran, Jon Irazusta Astiazaran, Jaime Zubero Linaza, Susana Gil Orozko
Fisiologia Saila. Medikuntza eta Odontologia Fakultatea. Euskal Herriko Unibertsitatea / Erizaintza Eskola, Euskal Herriko Unibertsitatea / Soin Hezkuntzako Euskal Erakundea (SHEE – IVEF).

MEDIKUNTZA NUKLEARRAREN EKARPENAK MUGIMENDUAREN ALTERAZIOAK AZTERTZEKO. 117
Carmen Estebanez, A. Albarracin, A. Otondo, P. Almeida, C. Gil, E. Goñi
Medikuntza Nuklearraren Zerbitzua, Nafarroako Ospitalea. Iruña.

NIRE ESPERIENTZIA ITALIAN: ERIZAINTZAREN IKUSPEGI DESBERDIN BAT. 119
Nekane Villa, Irati Corres, Edorta Esnal.
Txagorritxuko Ospitalea. Gasteiz.

ENTZUMEN SISTEMAREN MISMATCH NEGATIVITY POTENTZIAL EBOKATUA. 121
M.O. Arechaga, I.G. Gurtubay, O. Olaziregi, J. Urriza.
Bideko Ama Birjina Ospitalea. Iruña.

Nafarroako Osasun Departamentuko Zuzendari Nagusiaren agurra

Lehenik eta behin eskerrak eman nahi dizkiot Osasungoa Euskalduntzeko Erakundearen batzorde antolatzaileari XV. Jardunaldi hauetan egoteko eman didan aukeragatik. Jardunaldi hauek, adimen osasunari lotuak eta Oztopoak gainditzen izenpean, aportazioa egin nahi diote hainbeste inplikazio sozial dituen medikuntzaren arlo honi.

Bestetik zorionak eman nahi dizkiet hizlariei beren txostenen interes eta kalitateagatik, lagungarriak baitira aztergai den arlo hau hobeki eta sakonago ezagutzen.

Bukatzeko, arrakastarik handiena opa dizuet. Zinez espero dut betetzea antolatzaileek jardunaldi hauetarako espero zituzten helburuak, bertaratutakoen kopuruan zein parte-hartzaileenean. Ez dut inolako dudarik hala izanen dela.

IRUÑEAN, 2005KO APIRILAREN 18AN.
JAVIER SADA.
OSASUN DEPARTAMENTUKO ZUZENDARI NAGUSIA.

Aitzin solasa

Nafarroako OEEren partaideen eta gurekin batera jardun duten beste lagun guztien aldetik ongietorria luzatu nahi dizuegu handik eta hemendik etorritako euskaldun eta osasunzale guztiei.

Urteak aurrera joan eta bidean jasotako esperientziaz gero eta arinagoa suertatzen zaigu Jardunaldien antolaketa. Azken urte honetan egindako lanen ondorioak bizi behar ditugu, hemen, Irunlarrearen eta Barañaingo garisoroaren artean kokaturik dagoen egoitza honetan. Jaso beza gure esker ona Nafarroako Unibertsitate Publikoak jardunaldien antolaketan emandako laguntzagatik eta batik bat bere lokalak erabiltzeko aukera eman digulako.

Aurten Adimen Osasuna dugu gai ardatza. Erabaki hori hartzerakoan nahiko argudio jarri ziren mahai gainean, hala nola, gaixoen kopuru nabarmena, osasun mentaleko zerbitzuen garapena azken 20 urte hauetan, gaixo larrien zaintzarako behar adina baliabide ba ote dugun kezka, prebentziorako nondik norako bideak urratu ahalak eta azken batez biologiaren bidetik urruntzen den eritasunen inguruan eztabaida sortzeko grina. Oztopoak gainditzen leloaren bidez, gizartearen baitan diren beharrak eta horiei aurre egiteko nahiaren eta ezinaren arteko lehia azaldu nahi izan dugu.

Osasun gaietan ardura duten erakundeak, hau da, gobernuak, Munduko Osasun Erakundeak, unibertsitateak, denak, adimen osasuneko arazoek gizarteari ekartzen dizkion zamak azpimarkatzen dute. Osasun arazoen artean lehentasun handiko lekua dute arazo hauek gizarte garatu guztietan.

Programa egiterakoan mugak ezarri behar izan dizkiogu gaiari, noski. Asteko, egoeraren analisi orokorra izanen dugu. Ondoren, eriaren inguruko komunikazio zailtasun eta ezaugarriak izanen ditugu aztergai. Arratsaldez eta adimen alorreko gaixotasun larriei loturik, diagnostiko, tratamendu eta jarraipenaren alde nagusiak plazaratuko dira. Larunbat goizean, gaurkotasun handiko 3 gai zehatz aurkeztuko dira eta bukatzeko adimenaren eta hitzaren arteko burutazioak eskainiko dizkigu Maria Asunek, bietan ongi jantzita baitago.

Baina eskaintza zabalagoa da, zeren eta Jardunaldien egoitzan bertan bi tailer eginen dira mahainguruak egiten diren bitartean. Horietan, parte-hartzaileek gai edo egoera jakinetan dituzten trebetasunak bultzatu nahi dira. Eta horrez gainera, hirugarren tailer bat antolatu dugu, hau Iruñeko Txantrea auzoko Osasun Etxean eginen dena, herritarrentzakoa; 5 orduko tailerra, estresari aurre egiteko teknikak ikasteko, auzoko Biltoki elkartearen laguntzaz.

Desio dugu zuen egonaldia emankorra izan dadin, lan zientifikoek eta eztabaidak lagundu dezaten hobeki bideratzen adimen osasuneko arazoak eta bestetik jendearekin izandako harremanak on egin diezagun.

BATZORDE ZIENTIFIKO ETA ANTOLATZAILEA

PONENTZIAK

EUSKAL HERRIKO PSIKIATRIAREN HISTORIA

IMANOL KEREJETA.
Psikiatria Zerbitzua, Donostia Ospitalea.

Euskal Herriko psikiatriaren historiak bi aldi ditu gutxienez. Bata 1979. urte artekoa eta bestea urte hartatik honantzakoa.

Erreforma psikiatrikoa egin aurretik, psikiatriaren asistentzia, Estatu Espainiarrean bezala, ez zegoen erakunde bakar baten menpean, baizik eta sakabanatuta ezin amaituzko sare batean.

Alde batetik diputazioak, bestetik Gobernazioaren Ministerioa, beste aldetik udaletxeak eta azkenik ongintza eta gizarte zerbitzuak. Gure herrian, gehienetan, laguntza psikatrikoa ospitale psikiatrikoetan ematen zen eta lurralde bakoitzak bere eredua zeukan gaixo psikiatrikoei asistentzia emateko.

Bizkaian laguntza nabarmenena Diputazioaren babespean ematen zen, Zamudioko, Zaldibarreko eta Bermeoko ospitale psikiatrikoetan hain zuzen. Apurka-apurka, psikiatria komunitarioan pausoak eman ahala, kanpoko kontsultak zabaltzen hasi ziren. Arlo horren inguruan Bilboko Arbieto kalean "dispensario psikiatriko" bat aritu zen kanpoko kontsultetan. Horrez geroztik, "modulo psikosozialak" beren lana egiten hasi ziren alkoholismoa, drogamenpekotasunak eta eritasunak mentalak tratatzeko. Araban, ospitale psikiatriko bakarra zegoen, Gasteizko "Las Nieves" ospitalea, Nieves Cano kalean 1991. urtea arte. Lurralde honetan kanpoko kontsultetako asistentzia Diputazioaren erakunde baten barnean antolatu zen. Erakunde honek F.A.S.V.A. zuen izena eta bere babespean zabaldu zen Arabako kanpoko kontsulten sarea. Sare honek hasieran "Las Nieves" ospitalean zeukan bere basea. Handik erreabilitazio programak eta erdibideko baliabideak antolatu ziren. Bere garaian Euskal Herriko programa ausartena eta aurreratuena izan zen.

Gipuzkoa izan zen psikiatria osasun orokorrean sartzeko lasterketa honetan azkena. Asistentzia, Donostiako Ospitale psikiatrikoan, Diputazioaren babespean zegoen eta Arrasateko Agate Deunaren bi ospitale psikiatrikoetan. Euskal Herrian garatu den baliabide pribatu nabarmenena.

1979. urtean Eusko Jaurlaritzak batzorde bat antolatu zuen haren lana Euskal Autonomia Erkidegoko asistentzia psikiatrikoaren plangintza antolatzea besterik ez zen. Batzorde hura Julián de Ajuriaguerrak gidatu zuen, eta bere lanetan garai hartako profesional ospetsuenek hartu zuten parte.

Talde honen lana Euskal Autonomia Erkidegoko hiru lurraldeetara zabaldu zen eta 1980. urtean hasi zen gartatzen sarea. Lehenago aipatu dudan bezala, aurreratuena, garai hartan hainbat gauzatan bezala, Araba izan zen. Herrialde honek nahiko abantailak zituen. Alde batetik Arabako Diputazioak baliabide ekonomiko ugari zituen, ez bakarrik "errepide oso onak egiteko", baita osasun eta gizarte zerbitzuei baliabideak eskaintzeko ere. Beste alde batetik, Arabako populazioa Gasteizen kontzetratuta dago eta hori beti abantaila handia izan da osasun zerbitzuetarako.

Bizkaian 1981. urtean esperientzia piloto bat ireki zen Uribe Kostako barrutian. Esperientzia hari esker ireki zen gure herrian Osasun Mentaleko lehen zentroa. Etxe berean helduen tratamenduetarako eta drogamenpekotasunak tratatzeko bi talde bildu ziren. Haurren asistentzia aparte utzi zen, nahiz eta zuzendaritza beraren menpean egon. Zentroan eguneko ospitale bat ere ireki zen. Proiektu hartan psikiatria komunitarioaren printzipioak zabaltzen hasi ziren. Finantzabidea Partzuergo baten bidez lortu zen. Partzuergoa Diputazioaren eta Uribe Kostako barrutiaren udaletxeen artean egin zen. Proiektu hura, 1985. urtean, Osakidetzaren sarea orokorrean sartu zen beste osasun zentro bat bezala.

Gipuzkoan, kanpoko kontsultak 1980 urte arte, Donostiako Ospitale Psikiatrikoan egiten ziren. Urte hartan, lehenengo hiru zentroak ireki ziren Gipuzkoan. Zentro horiek Donostian, Beasainen eta Irunen ireki ziren eta Diputazioaren erakunde berezi baten menpean aritu ziren 1985. urtea arte. Horrekin batera, ospitalean ikusten ziren gaixoak zentroetara pasatzen hasi ziren, Psikiatria Komunitarioaren printzipioak aplikatuta.

Nafarroan apur bat beranduago garatu zen sarea, herrialde honek duen populazioaren sakabanaketa gaindituta, bereziki Gipuzkoarekin muga egiten duen aldean.

1985. urtean Osakidetzak psikiatria osasun orokorrean integratu zuen beste espezialitate bat bezala. Osasunbideak apur bat beranduago lortu zuen integrazio hori. Erabaki honekin batera ospitale orokorrean akutuen zerbitzuak ireki ziren, eta gaixo psikiatrikoen sarrera larrialdien ate orokorretik egiten zen. Horrekin amaiera eman zitzaion aspaldiko diskriminazio bati, ez azkena, baina bai oso garrantzitsua. Zerbitzu horiek, hasieran Bizkaian, bi ospitaletan ireki ziren: Basurton eta Galdakaon. Mantentzen da Zamudio Ospitaleko akutuen unitatea, eta geroago Gurutzetako ospitalean beste unitate bat ireki zen. Araban, Santiago Apóstol ospitalean ireki zen unitatea. Donostian Gipuzkoako Ospitalean eta Nafarroan Bideko Ama Birjina ospitalean eta Nafarroako Ospitalean ireki ziren akutuen unitateak. Antzinako ospitale psikiatrikoetan gaixo kronikoak eta epe erdikoak tratatzen dira eta, apurka-apurka osatu egin da sarea. Gaur egun, azkeneko bi erronkak hauexek dira: erreabilitazioko programak osatzea, eta kanpoko kontsultetako eta akutuen unitateak zuzendari bakar baten menpean jartzea.

OZTOPOAK GAINDITZEN: GURE ESPERIENTZIA

JOSE M. AIARZAGUENA.
San Inazioko Osasun Zentroa. Bilbo.

Gu orain dela 12 urte hasi ginen galdezka ea zer gertatzen zen pertsona batzuekin hainbeste aldiz, behin eta berriro, gure kontsultetara etortzeko, ez baitzeukaten, gure iritziz, etortzeko arrazoirik. Galdera horri erantzuteko kasu/kontrol ikerketa bat egin genuen, eta ikerketa horren emaitzek garbi asko azaldu ziguten, pertsona haiek gutxitan etortzen ziren pertsonekin alderatuz, maiz etortzen zirenek askoz ere gaixotasun fisiko, mental eta estres gehiago zeukatela eta, adinez, zaharragoak zirela. Ondorio bezala medikuok honakoa esan genuen: zailtasun handiak genituela gaixotasun mentala eta estresa detektatzeko eta haiei aurre egiteko eta, horren ondorioz, pertsona horiek ezinbestekoa zutela guregana behin eta berriro etortzea.

Egoera honen aurrean bide desberdinak har litezke, eta guk, gehienbat gure esperientzian oinarriturik, aukeratu genuen hipotesiaren arabera, medikuok nahiko genekien gaixotasun mentalei, depresioari eta antsietateari buruz. Gehiago ez diagnostikatzearen arrazoia hauxe zen: nolabait diagnostiko hori ebitatzen genuela, ez genekielako gero haiekin zer egin; beste modu batera esanda, egoera honen irtenbidea guk arazo horiei aurre egiten jakindakoan etorriko zela, orduan, egoera horiei aurre egingo geniela beldurrik gabe. Hipotesi honekin lanean hasi ginen oinarrizko osasun laguntzako interbentzio psikosoziala egiteko asmoz.

Lehen urratsa hauxe izan zen: zer egiten genuen jakitea. Horretarako, ikerketa kualitatibo bat egin genuen, kasu sail bat, eta bertan 52 gaixorekin egindako kontsultak grabatu nituen bideoz eta psikiatra batekin, Julen Ariñorekin. Haiek aztertu ondoren, eta ikusita zer gauza eta elementu ziren baliagarriak, interbentzio bat estrukturatzeko gauza izan ginen, D-E-P-E-N-A-S bezala ezagutua. Depenas erdarazko akronimoa da D (detekzioa), E (azalpena), P (plangintza), E (esplorazioa), N (normalizazioa), A (ekintza aldaketarako), S (jarraipena). Interbentzio osoa 6 saioz osatuta dago, eta saio bakoitzak ordu erdiko iraupena dauka. Behin interbentzioa estrukturatu ondoren, ikerketa piloto baten bidez probatu genuen. Ikerketa honetan hiru residentek hartu zuten parte. Ikerketan bi gauzaz jabetu ginen: residenteak gustura aritu zirela eta pazienteak ere bai.

Ikerketa pilotoaren emaitzek animatuta, entsegu klinikoa gauzatu genuen.

Bertan 39 medikuk ordu erdiko 6 saio egin zituzten paziente bakoitzarekin, eta guztira 4 gaixo ziren medikuko, baina eduki desberdinekin. Kontrol taldeak (20 mediku) Golberren sintomen atribuzioa egin zuen, eta interbentzio taldea (19 medikuk) depenas interbentzioarekin aritu zen. Emaitza bezala guk neurtu genuena osasunarekiko bizi-kalitatea izan zen. Hau da, osasun fisikoak edota psikikoak lanean, ikasketetan, etxeko lanetan, familian edo aisialdian egiten diren jardueretan zuen eragina.

Gaixo guztiek, 156k, somatizazioari buruzko Escobar-en kriterioak betetzen zituzten, eta bakoitzak, batez beste, 15 sintoma zituen. 12 sintoma arrazoi fisikorik gabe eta 3 arazo fisikoarekin, ehuneko laurogeik gaixotasun mentala zuten (antsietatea edo depresioa) eta euren osasunarekiko bizi-kalitatea oso txarra zen, Euskal Autonomia Erkidegokoko batez bestekoa baino 2 desbiazio estándar beheragokoa izan zen.

Entsegu klinikoaren emaitzari buruz hauxe esan genezake: depenas taldeak kontrol taldeak baino emaitza hobeak atera dituela (bodily pain, mental health, physical functioning ,vitality, social functioning) ($p < 0.0$ 39)., baina nahiz eta estatistikoki hobeak izan, klinikoki emaitza haien ondoriak mugatuak dira. Atera genuen ondorioa zera izan zen: bide onetik gindoazela eta depenas intebentzioa hobetu beharra zegoela. Eta horretarako ikerketa kualitatibo bat daukagu martxan. Bertan 20 medikuk bina gaixorekin egingo dute depenas interbentzioa, eta kontsulta guztiak bideoz grabatuko dira, gero "Analisis de las conversaciones" deitutako metodoarekin aztertu ahal izateko. Honela elementu positiboak eta zailtasunak ikusiko ditugu, bide hau ezinbestekoa izanik interbentzioa hobetzeko.

DEPENAS INTERBENTZIO PSIKOSOZIALA

Nahiz eta toki desberdinetatik hartutako elementuak eduki, guk proposatzen dugun interbentzioa kognitiboa da nagusiki. Teoria kognitiboaren arabera pentsamolde irrazionalak sentimendu negatiboak sortzen dituztenak dira; sentimendu negatiboen menpe egiten ditugun ekintzek pentsamolde irrazionala edo desegokia indartzen dute.

Orduan, guk proposatzen dugunaren arabera, gure kontsultara arazo psikosozial batekin datorren edozein pertsonarentzat, pentsamendu hauetako bat lantzea onuragarria izango da berarentzat. Hauek dira guk lantzen ditugun pentsamoldeak:

- Bizitzaren egitasmoak edo helburuak: Garrantzitsua da bakoitzak bizitzan dituen helburu eta gurariez hausnartzea, norberaren bizitzarekin gustura egoteko. Horrela bide ematen dugu gure ekintzak gure egitasmoekin bat etor daitezen; eta ez besteen egitasmoekin.

- Pertsonak desberdinak gara: Honi buruzko hausnarketak ikuspegi zabala edukitzen eta erlatibizatzen laguntzen du.

- Zoriaren garrantzia gure bizitzan: Mundu justu batean pertsona onei gauza onak bakarrik gertatuko litzaizkieke, eta gauza txarrak pertsona txarrei. Baina, errealitateak erakusten digu hori ez dela egia eta gauzak diren bezalakoak direla eta ez bakoitzari gustatuko litzaizkiokeen modukoak.

- Nork bere burua zaindu: Norbera bere buruarekin ongi sentitzeko, hiru zutabe hauek hartu behar dira kontuan, nork bere burua zaintzean:: lana, atsedenaldia/dibertsioa eta bizitza afektiboa.

- Bakoitza bere bizitzaren arduradun: Honekin arduradun izatea eta eragina izatea desberdintzen saiatuko gara. Norbaiten arduradun izateko bere borondatea kontrolatu behar da eta hau ezinezkoa da.

- Maitatzea eta obeditzea ez dira gauza bera: "Nik nahi dudana egiten ez baduzu, ez nauzu maite". Hori txantaia onartezina da.

- Gauzak ikaskeko prozesua ezagutzea: Bereziki nerabezaroan erabiltzen dugu. Hanka sartzea, huts egitea, ezinbestekoa dugu ikasi ahal izateko. Eta egoera horretan, hau da, huts egiten dugunean, adorea behar da. Eta huts egin duenari laguntza eman.

- Umeen helburua eta helduen helburua.

Medikuei DEPENAS interbentziotik gehien gustatu zaizkien elementuak hauek dira:

- Sintomak hormonen arazo bati egoztea.

- Sintomak erabiltzea eredu psikosozialean murgiltzeko.

- Egoerez baliatzea esplorazioa egiteko.

- Adorea emateko esaldiak.

- Aldatu nahi dugun pentsamoldea justifikatzea, bere bizitzaren gorabeheretan.

Beste aldetik, medikuek eragozpen handienak aldaketa-aldiarekin izan dituzte. Zailtasunak aurkitu dituzte, bestalde, pentsamolde negatiboen eta sintomen arteko lotura lortzeko ere.

ONDORIOAK

Oinarrizko osasun laguntzan ikerketa serioak egin ahal direla eta beharrezkoak diren gauza asko logikoak eta onuragarriak direla pentsatu arren, gero ez da horrela egiten.

Gaixo hauek benetako sufrimendua dute.

Gaixoek onartu egiten dute beren medikuek egindako interbentzio psikosoziala.

Sintomen nahasketa dela eta, haiek tratatzeko profesionalak aditua izan behar du, bi alorrotan: ikuspegi fisikoan eta ikuspegi psikosozialean. Eta baldintza horiek betetzen dituen profesionala famili medikua da.

Eredu biomedikoa gainditu z, eredu biopsikosoziala erabili behar dugu. Interbentzioaren atalik garrantzitsuena komunikazioa da, eta interbentzioak bere baitan komunikazio elementuak eduki behar ditu.

Interbentzio psikosozialak protokolizatuta egon behar dira, gutxienez hauek jakiteko: memento bakoitzean non gauden, zer egiten ari garen eta zertarako. Bestaldetik, hasieran flotagailu bezala erabili nahi da, baina benetako interesik lortzen ez badugu, pertsona ulertzea eta nolabait maitatzea lortzen ez badugu, hobe duzu interbentzioarekin ez jarraitu.

ADIMEN OSASUNA: OZTOPOAK GAINDITZEN

MAITE ARRILLAGA ARIZAGA.
Lesakako Osasun Zentroa.

José Maria Aiarzaguenak azaldutakoarekin bat nator: gaixoak benetako sufrimendua du, gaixoak onartzen du bere medikuak egindako interbenzio psikosoziala. Beraz, teorikoki badakigu zer egin, eta Europan egindako ikerketetan argi eta garbi azaltzen da elkarrizketa pazientean oinarrituta egon behar dela (1, 2).

Zer esan nahi du elkarrizketa pazientean oinarrituta egoteak? Bada, lehenlehenik, aspektu psikosozialak lantzea; bigarrenik, jarrera psikoterapeutikoa erabiltzea; eta hirugarrenik, pazienteari bere buruari buruzko erabakiak hartzera laguntzea (3). Horrela izanda, pazientearen osasuna hobetzen da, elkarrizketa berez terapeutikoa delako, eta murrizten dira probak eta espezialistaren kontsultak (4).

Nahiz eta jakin nola izan beharko lukeen, errealitatea ez da berdina. Izan ere, 2003ko abuztuan Europako 6 estatutan ikerketa bat egin zen, lehen mailako osasun zentroetan, komunikazioan estatu horien arteko desberdintasunak neurtzeko. Horrenbestez, sei Estatu horietatik hirutan (Herbehereak, Espainia, Bretainia Handia) familia-medikua kupokoa da, eta gainontzeko beste hiruretan (Belgika, Alemania, Suitza) pazienteak erabakitzen du nora jo, bai familia-medikurenera, bai espezialistarenera. Beraz, pentsatzekoa da kupoko medikuak, pazientea ondo ezagututa, enpatia handiagoa eta elkarrizketa psikosoziala erakutsi beharko lituzkeela. Bada, komunikazioan aurkitutako desberdintasunak ez dira izan kupoko edo beste motako medikua izateagatik espero zuten bezala, baizik eta pazientearen ezaugarriaren araberakoak. Gainera, zerbait harritzekoa aipatzeko, estatu guztietan medikuak pazientea baino gehiago hitz egiten zuen (5), eta nire ustez datu hau oso adierazgarria da.

San Inazio Loiolakoak aipatu omen zuen “Entzun luze eta gustuz, hitz egin gutxi eta bukaeran”.

Hemendik aurrera saiatuko gara komentatzen nola entzun pazienteari modu psikoterapeutikoan eta nola lagundu hitz egiten.

Argi eta garbi dago medikuaren jarrerak errazten edo oztopatzen duela pazientearen diskurtsoa. Jarrera honek berekin dakar, jakina, medikua prest dagoela komunikaziorako, eta jarrera hori posturan, keinuetan, eta ahotsaren soinuan oinarritzen da. Jarrera honen bidez, medikua pazientearen munduan sartzen saiatzen da eta bereganako interesa adierazten du.

Beraz, alde batetik kontuan hartu beharko du: kontsultan daukan postura, modu lasaian, aurrera botata, eskuak zabalik, begirada mantenduz. Bestetik, medikuaren barruko jokabidea (jarrera) ere oso garrantzitsua da, izan ere barrenetik medikuak "psikiaren barrenean isiltasuna " duela eta "juzgatu" gabe egon beharko du.

Medikuaren jarrera aztertu ondoren, pazientearena miatu beharko dugu: pazientearen itxura fisikoa, janzkera, apaintasuna, gorputzaren mugimenduak, aurpegiaren keinuak.

Behin aurkezpenak eginak daudela, elkarrizketa hasiko da. Elkarrizketaren ondorioz, medikuak sentsazioak, pentsamenduak eta emozioak bilduko ditu, eta adi egon beharko du horretara (Ni begirale).

Nork ez du batzuetan pentsatu edo sentitu "paziente honekin ezin dut", " a zer-nolako plasta"? "Bo, gaur badator berriz Juanita, zer esango diot?" "Hau beldurra!" eta abar eta abar. Baina, ez al gara gu ere pertsonak, gure kezkak, pozak, tristurak, egun onak eta egun txarrak dauzkagun pertsonak hain zuzen ere? Bai, ba, baina historia polit honen alde txarra zera da: gu "adituak"ere bagarela, eta gaur etorriko den zezenari bost axola gure egoera, berak bere arazoa konpontzea nahi duelako. Beraz, goazen bada ulertzera zer diren pazientearekiko gure barruko sentsazioak.

Medikuok terapiaren ondorioz bizitzen ditugun emozio, pentsamendu eta jarrerei "kontratansferenzia" deitzen zaie psikoterapiaren arloan. Hiru motatako kontratrasferentzia bereizten ditugu: Lehen-lehenik, medikuaren nortasunarena, hau da medikuaren nortasunaren ezaugarriak, sentimenduak, beharrak, nahigabeak. Bigarrenik, pazienteak medikuarengan proiektatzen duenaren erreakzioa. Oso maiz agertzen da horrelako kontratransferentzia mota defentsa ez-egonkorra duten pazienteekin, nortasunaren trastornoak dituztenekin hain zuzen ere. Izan ere, aspektu hau oso garrantzitsua da medikuarentzat, zeren horrela konturatzen baita pazientea nola erlazionatzen den besteekin eta nolako arazoak sor ditzakeen bere erlazionatzeko erak. Hirugarrenik, elkarrizketan sortzen den interakzioaren ondorioa.

Kontratransferentzia kontzeptua ulertzen badugu, errazago ulertuko dugu zergatik esaten diogu geure buruari askotan: "Paziente honekin ezin dut!" "Zer nahi du honek berriz?" Bestalde, argi eta garbi dago pazientea ez datorrela kontsultara gu izorratzera, baizik eta arazoren bat daukalako eta ez daki beste modu bat hortik ateratzeko, txikitan ez baitu ikasi beste konponbiderik, errekurtso gutxiko pazienteak izaten dira askotan.

Pertsonen Triangelua:

G - Gaur eguneko harremanak

T - Harreman terapeutikoa / Transferentzia

P- Harreman primitiboak

Eskema honen bidez ikus dezakegu nola erlazionatzen garen.

Harreman primitiboak: Txikitan harremanetan bezala / txikitan ikasi genuen bezala / txikitako zaintzaileek erakutsi ziguten bezala erlazionatzen gara kontsultan (harreman terapeutikoa) transferentziari esker eta gure lankideekin, lagunekin, familiakoekin ere erlazionatzen gara(gaur eguneko harremanak).

Orain arte aztertu dugu nola entzun pazienteari. Orain hitz egiten nola lagundu aztertuko dugu. Hasteko, begirada, irribarrea, "aha", "bai, ulertzen dut". Puntu honetan hau izan behar dugu kontuan: "pazientea bere oinetakoetan" esaldiak ez du balio… "ni zu izango banintz", baizik eta "ni zu izango banitz eta zure egoeran egongo banitz". Kontzeptu horri Enpatia deitzen zaio. Zer da interbenzio enpatikoa? Bada, medikuaren eta pazientearen arteko interakzioa, non medikuak entzuten dion pazienteari esperientziaz jabetzeko (entzute enpatikoa) eta egin duena erakusten dio (erantzun enpatikoa). "Enpatiari" esker pazienteak zera sentitzen du: medikua hurbil, goxo dagoela, eta horrek konfiantza ematen dio jarraitzeko, kontsulta leku seguru bihurtzen delako.

Enpatia edukitzen ikasteko, gauza guztiekin gertatzen den bezala, erabili egin beharra dago, praktikatu. Hasteko, estimulu on bat edukitzeko, konbidatzen zaituztet paziente bezala mediku espezialista baten kontsultara joatera eta sentitzera nola tratatzen zaituzteten. Biharamunean zuen kontsultara joan zaitezte, pazientearen aurrean jarri baina mahaiaren beste aldean, eta ez egin zuen pazienteekin aurrekoan paziente gisa joan zinenean gustatu ez zitzaizuena!

BIBLIOGRAFIA

1. Little P,et al. Observational study of effect of patient centredness and positive approach on outcomes of general practice consultations. BMJ 2001; 323:908-911.

2. Little P et al. Preferences of patients for patient centred approach to consultation in primary care:observational study. Medline.

3. Mead N, Bower P, Hann M. The impact if general practitioners´patient-centredness on patients´postconsultation satisfaction and enablement. Medline.

4. Stewart M, et al. The impact of patient-centered care on outcomes. Medline.

5. Van Den Brink-Muinen A, et al. Communication uin general practice: differences between European countries. Family Practice 2003; 20 (4): 478-485.

"NOLA ESAN, ENTZUN, ADITU, ULERTU: ESPERIENTZIA BAT"

BENAR INTXAURRONDO ARRARAS.
Josefina Arregui Klinika. Altsasu.

Gizarte lanaren esparruan dihardut, Josefina Arregui klinika psikogeriatrikoan; badira hamar urte baino gehiago. Klinika hori Altsasun dago, Nafarroan, Gasteiztik 35 kilometrora eta Iruñetik 50era, eta hiru zerbitzu ditu:

- Ospitalizazio-unitatea, 21 ohekoa; horietatik 10 Osasunbidearekin hitzartuta.

- Psikogeriatriako eguneko zentroa, 25 plazakoa, Sakana-Burundako jendea hartzeko.

- Kontsulta anbulatorioa.

Gure klinikan patologia psikogeriatrikoak —batez ere, alterazio depresiboak eta dementziak— dituzten pertsonak zaintzen ditugu; 65 urtetik gorakoak. Adin horretatik beherakoak ere bai, narriadura kognitiboarekin lotzen den sintomatologia izanez gero; kasu horretan, balorazio diagnostikoa, tratamendua eta jarraipena egiten dira.

Klinika honen 11 urteko ibilbidean hauxe ikusi da: komunikaziorako oztopoak daudela patologia mota hauek jotakoak zaintzen dituzten senitarteko batzuekin, batik bat bilakaerak okerrera egiten duenean eta pazientearengan jokabide-nahasteak agertzen direnean.

Halako patologiak dituzten gaixoen familiako batzuei zaila egiten zaie eritasuna eta haren bilakaera onartzea, eta artatzen duten pertsona eri dagoela ukatzera iristen dira zenbaitetan. Gainera, bestelako arazoak sortzen ahal dira, hala nola gaixoarekiko harremana aldatzen duten defentsa-mekanismoak, norberaren arazoak eta pertsonen artekoak areagotzea zaintzaileak jada gazteak ez direlako, gaixoari laguntzeak berak dakartzan arazoak, erabakitzeko zailtasuna... Behaztopa hauek guztiek familiakoaren, gaixoaren eta terapeutaren arteko komunikazioa eta harremana iluntzen ahal dute.

Kontuan izanik eritasunak zer ezaugarri dituen eta zer bilakaera bihurri edo iluna izan dezakeen, garrantzitsua da aintzat hartzea nolako komunikazio era baliatzen dugun diagnostikoa eta pronostikoa ematerakoan, etxeko baten osasunari buruzko berri txarrak jasotzeak ematen duen lehen kolpeari aurre egin beharra baitago.

Batzuetan ukatzen dute edo medikua —diagnostiko larria eman edo bilakaera gaizto baten pronostikoa egin duena— errudun bihurtzen; horrela, terapeutaren eta familiaren arteko harremana tentsioz bete eta gaixoaren egonkortasunari kalte egiten zaio, eta, horren ondorioz, familiako giroa hondatzen.

Hori dela eta, osasun arloko profesionalek gogoan izanen dugu enpatia ezinbestekoa dela familiakoekin komunikatzean. Enpatiari esker, zaintzaile nagusiaren egoera berriaz jabetzen ahalko gara eta gaixoak behar dituen laguntzak jakinarazten ahalko dizkiogu. Hala, komunikazioak garrantzia hartzen du, senitartekoen maila berean jartzen baikara eta haien kezkak arintzen baititugu.

Komunikazio modu honetara ailegatzeko, banan banako elkarrizketa pertsonalizatua eginen dugu, lehen-lehenik; entzute aktiboa nahitaezkoa da bidea errazteko eta gaixoen eta senitartekoen arazoak eta ezinak —ezkutukoak zein agerikoak— ikusteko eta argitan uzteko.

Familiakoekin izandako elkarrizketetan, hitzik gabeko lengoaiari erreparatu behar zaio (hasierako agurra, ahotsaren tonua, gorputzaren eta gogoaren jarrerak), mintzaira horrek erakutsiko baitu eroso, urduri edo triste dauden, barnerakoiak ala kanporakoiak diren, beren buruan konfiantzari baduten edo ez duten.

Komunikazioa pertsonalizatu beharra dago, solaskideari bere izenez deitu, ulermenezko harremana, giro egokia eta konfiantza eskuratzeko, hark bere kezkak, egonezina, haserrea, tristura eta abar azaldu ditzan.

Entzute aktiboa dela medio, zaintzaileak beharrezko informazioa jakinaraziko digu, gero guk iritzia emateko, jasotako informazioa erabilita; aldi berean, informatzaileak bere buruari entzun eta egoeraz jabetuko da; horretan badu zeresana bere baitan sartzeko duen gaitasunak.

Elkarrizketan, informazioa ordenaturik azalduko da, garbi, labur eta modu ulergarrian; izan ere, guk emandako azalpen eta datu guztiek eragina izanen dute gaixoaren zainketan eta, beharbada, familiako estresa arinduko dute. Hortaz, informazio argia, zehatza eta jokabide mota bakoitzari lotua; harekin batera eria zaintzeko jarraipideak irakatsiko dira, bai gaixoaldiaren hasieran bai bilakaeran zehar, betiere aintzat hartuta eriaren nortasuna eta familiaren egoera. Gatazka eta haustura dakarten jokabideen kasuan, senitartekoei jakinarazi behar zaie gaixoari zer gertatzen zaion, zergatik dituen halako portaerak. Behin eta berriz esanen diegu ez direla bere gogoz eta nahita ari, horiek gaixotasunaren sintomak direla.

Lehen solasaldian zaila da gaixotasuna ezagutu eta onar dezaten erdiestea, lanez gainezka dabiltzan zaintzaileak edo eritasunaren sintomak ulertzen ez dituzten senitartekoak izaten baitira (hamaika aldiz entzun ditugu “nahi duenean badaki bai honek…”, “komeni zaionean ederki asko gogoratzen ditu gauzak…” edo horien gisakoak). Horregatik on da jarraipena egitea eta familiakoekin hainbat solasaldi izatea, gaixotasuna onar dezaten errazteko eta haren bilakaeran la-

guntzeko. Honelako elkarrizketekin, profesionalekin batera eusten zaio gaixoa zaintzeak dakarren zamari, zaintzailearen egonezina gutxitzen da eta gaixoaren egonkortasuna bultzatzen, giro lasaiagoa sortuta.

Solasaldian, senitartekoen edo zaintzaile nagusiaren estresa edo karga zenbaiterainokoa den harrapatu behar da, besteak beste. Izan ere, oso kontuan hartzekoa da zaintzailearen estresak hark jasotzen duen informazioa desitxuratuko duela batzuetan, diagnostikoa, bilakaera, pronostikoa eta gaixoaren zainketa azaltzen dizkiogunean. Horregatik, komeni da emandako informazio hori beste profesional batekin kontrastatzea, zer ulertu duten jakite aldera. Zer diagnostiko eman zaien galdetzen diegunean, haiek jasotakoak zenbaitetan ez du emandako informazioarekin zerikusirik; gauza bera gertatu izan da pronostikoarekin eta bestelakoekin.

Gure esperientziak erakutsi digu derrigorrezkoa dela gaixoarekin, familiakoarekin edo zaintzaile nagusiarekin lehen solasalditik bertatik lotura bat ezartzea. Orobat, familiarekin komunikazio egokia izatea, eta gaixoaldiko tarte bakoitzean informazio aratz eta zehatza ematea. Hurbiletik jarraitzea, eta enpatiaren eta entzute aktiboaren bidez familiari eustea. Eriarekin eta senitartekoekin harreman egokia izatea, sintomatologiaren eta gaixotasunaren bilakaeran diren gorabeherak atzematea, egonkortasuna lortzen laguntzea eta, estabilizazioa erdiesten ez denean, bidea erakustea.

Horrenbestez, familiakoekin eta zaintzaileekin komunikazio eraginkor eta garbia izan behar da, enpatian eta entzute aktiboan oinarritua, ezen gure harreman profesionalean funtsezkoak baitira entzutea, orientatzea, ulertzea, laguntzea eta aholkatzea.

ANASAPS-DIZDIRA: ADIMENEKO ERIEI ETA FAMILIEI LAGUNTZEKO ELKARTEA

AINHOA ARBURUA.
Dizdira Taldea. ANASAPS. Bortziri. Nafarroa.

NOLA HASI GINEN?

Anasaps elkartea sortu baino lehen Dizdira elkartea ginen. Orain dela bi urte Félix Oses (gaixo baten familiakoa) eta biok elkartu ginen kezka bera geneukalako: "Gure eskualdean, Nafarroako iparraldean, adimeneko arazoak dauzkatenek eta beren familiek ez dute behar bezalako laguntzarik eta baliabiderik. Gaur egun dauden zerbitzuak beharrezkoak dira baina ez nahikoak".

Horrela, datuak biltzen hasi ginen, ezagutzen genituen familiengana hurbiltzen. Gure elkartu indartu nahi genuen eta jendea mobilizatzen hasi.

Hasiera batean hitzaldiak eman genituen, herriz herri. Publizitate anitz egin genuen baina jende gutti elkartzen genuen.

Zorionez Burlatako Adimen Osasuneko Zentroko gizarte-langileak deitu zigun, Carmen Ericek hain zuzen, eta haren bidez Anasaps Elkartearekin jarri ginen harremanetan. Haien helburuak eta gureak berdinak zirela ikusita, elkartzea erabaki genuen, eta Anasaps-Dizdira sortzea.

ANASAPS-DIZDIRA

Irabazi asmorik gabeko elkartea da, adimeneko eritasunen bat duten pertsonak, familiak, zaintzaileak eta gaian interesa duten bertze pertsona batzuek osatua.

Anasaps Elkartea 1987an sortu zen familiakoen eta profesionalen talde baten ekimenez.

Anasaps Espainiako Adimeneko Erien eta Familien Elkarteen Konfederazioko kide da (FEAFES).

HELBURUAK

Nafarroako Foru Komunitatean adimeneko eritasuna pairatzen duten pertsonei eta beren familiei ematen zaien arreta hobetzen laguntzen duten ekimen

oro sustatu, sustengatu eta zaintzea, ekimenak publikoak, pribatuak edo bestelakoak izan.

Nafarroako gizartea eta erakunde publikoak sentsibilizatzea, adimeneko eritasunak beste edozein patologiarekin parekatzea benetako konpromiso kolektibo baten bitartez. Nafarroako Administrazioak sare soziosanitario egokia antolatu dezala bultzatzea, egiazko beharrei erantzuteko, aurrekontu publikoarekin betiere.

Nola?:

- Egungo beharrak era positiboan eskatzeko, guztion ahaleginak batuz.

- Politikariak, profesionalak eta administrazioak inplikatuz eta konprometituz.

- Gizartea sentsibilizatuz.

ZERBITZUAK

1. FAMILIENTZAKO ZERBITZUAK

- Zuzeneko arretaren zerbitzua: informazioa, orientabideak, aholkuak.

- Nork bere buruari eta elkarri laguntzeko zerbitzua, familientzat: familiakoen bilerak, esperientziak elkarri eskaintzeko eta laguntza emateko.

- Familiakoentzako eskola: problemari aurre egiteko estrategiak eta trebeziak lantzen dituen psikologo batek zuzendatuko talde psikohezitzailea, familientzat.

- Zerbitzu juridikoa: adimen osasunarekin zerikusia duten gai juridikoei buruzko aholkularitza.

- Lan batzordeak.

Honako zerbitzu gehienak familiei begiratuta sortu dira, beren ezaugarriak kontuan hartuta:

- Erreforma psikiatrikoaren ondoren familiak jasaten duen karga handiagoa da, familiak 24 ordu ematen baititu gaitza duen ahaidearekin. Familiak terapeutaren lana egiten du.

- Horren ondorioz guttitzen eta desagertzen joaten da familiak duen harreman sozialen sarea.

- Eragina du bikotearen harremanetan. Arazoak sortzen dira bikoteetan.

- Gehienetan ama izaten da arduraduna: medikazioa, zainketa medikoak eta abar. Lanaren ondorioak bere osasunean ere sumatzen dira: neke fisikoa eta psikologikoa, depresioa, antsietatea eta abar.

- Familiako beste kideek askotan ez dute onartzen zaintzaileak ere gaitza duela eta utzikeria dela uste dute.

Ikusten dugunez, adimeneko eritasuna duen pertsona bat dagoenean familian, ondorioak familia guztiak jasaten ditu. Gure lanaren bitartez, oreka berreskuratzen laguntzen diegu, esperientziak eta eguneroko trabak gainditzeko.

2. ADIMENEKO ERITASUNA DUTEN PERTSONENTZAKO ZERBITZUAK

Esku-hartze soziokomunitarioaren programa: errehabilitazio psikosozialera bideraturiko banakako heziketa prozesua.

Aisialdi zerbitzua: aisialdiaz baliatuz ohiturak berreskuratzeko eta ekintzetan zailtasunak gainditzeko (astelehenetik ortiralera bitarteko jarduerak, asteburuko jarduerak, oporrak eta hatsa hartzeko irteerak).

Zerbitzu honen helburuak:

- Adimeneko eritasuna duten pertsonak beren bakardadetik ateratzea, jasaten duten bakardade handiak sufrimendua handitzen baitu.

- Ezaugarri hori gero eta larriagoa da gure eskualdean. Bortzirietan, Malerrekan, Baztanen eta Leitzaranen mendi artean bizi gara, batzuk baserrietan, oso bakarrik.

- Beste aldetik gure zonaldian rekurtso gutti daude honako pertsonandako, eta honako eskeintzak beharrezkoak dira aislamentutik ateratzeko eta gizarteratzeko prozesua hasteko.

GIZARTEARENTZAKO ZERBITZUAK

Informazio jardunaldiak.

Hitzaldiak.

Boluntariotzaren sustapena.

Gizartearen eta erakundeen sentsibilizazioa.

Honako zerbitzuekin helburu nagusia gizartea sentsibilizatzea da eta jendearengana hurbiltzea. Gaur egungo gizartean era guztietako zailtasunak daude eta gure eskuetan dago elkarlana bultzatzea, hau da, instituzio, elkarte, profesional eta familiekin lan egitea desberdintasunekin bukatzeko eta benetako gizarteratze prozesua gertatzeko.

FINANTZABIDEA

Gehiena Gizarte Ongizatearen Institutuak jartzen du.

Beste dirulaguntza batzuk.

Bazkideen kuotak.

OSASUN MENTALEKO GAITZ LARRIAK

BLAS ERKIZIA.
Beasaingo Adimen Osasun Zentroa.

Zerk eransten dio gaitz mentalari larri izatearen ezaugarria? Gaitz organikoez ari garenean badakigu larritasuna biziraupenaren arriskuaren araberakoa dela. Gaitz mentaletan, ordea, biziraupenaren arriskua salbuespena izaten da. Klasikoki gaitz mentalaren larritasuna errealitatearekiko loturaren hausturari erantsi zaio. Beste era batean esanda, errealitateari eta harremanei egokitzerakoan dagoen aztoramenaren mailak erabakiko du gaitz mentalaren larritasuna.

Henri Ey psikiatra ospetsuak zioen psikiatria askatasunaren patologia zela, psikiatriaren xedea garapen ontogenikoak Nerbio Sistema Zentralean eragindako desegite orokorrak zirela. Desegite horiek kontzientzian edo pertsonalitatean eragin zezaketela. Deuseztatutako funtzioen arabera ezaugarri negatiboak, hau da, sintoma negatiboak ezarriko lirateke; suntsitutako funtzioek, bestalde, ezaugarri positiboak, hots sintoma positiboak (eldarnioak, haluzinazioak, etab.) sortuko lituzkete. Eldarnio kronikoak eta eskizofreniak pertsonalitatearen desegite orokorrari dagozkioke; psikosi larriak, berriz, kontzientziaren erabateko deuseztapenari. Hau da, psikosi kronikoak pertsonalitatearen deuseztapen orokorrarekin lotu daitezke eta psikosi akutuak, iragankorrak, kontzientziarenarekin.

Beraz gaitz mental larrien artean, lehendabizi, psikosi deiturikoen multzoa kokatu behar da. Baina ez dira baztertu behar, psikosien bezain latzak ez izan arren, eguneroko bizitzarako egokitzapena eragozten duten bestelako gaitz mentalak, adibidez oso aztoratzaileak izan daitezkeen neurosiak. Hemen ez dago kontzientziaren deuseztapenik, baina bai kontzientziaren samina, funtsezko funtzioei sakonki ez erasan arren nortasunaren aztoratzaile direnak (larritasunezko, obsesio-bulkadazko, histeriazko aztoramenak, aztoramen somatomorfoak, depresiozko aztoramenak eta estres erreakzioak).

Baina gaitz mental larrien multzoa ez da hor bukatzen; pertsonalitatearen aztoramenak ere itzelak izan daitezke. Mota desberdinetakoak izan ohi dira eta, gaitzena, batez ere tratamenduari dagokionez, pertsonalitate psikopatikoa deiturikoa da, non nortasun patologikoa psikotikoa edo neurotikoa ez izanik, bereizgarri nagusiak ezegonkortasuna, oldarkortasuna eta erruduntasun kontzientearen gabezia diren.

Menpekotasunak sortutako arazoak ere gaitz larrien artean ezarri beharrekoak dira, bai berez larriak direlako eta baita maiz beste gaitz mental baten bide-lagunak direlako ere.

Azkenik, multzoa borobiltzeko, haurraren egoera larriak daude. Amaren altzotik sortzen den haurra guztiz menpekoa da. Bere garapena menpetasun erabatekotik erabateko autonomiara daraman bidea igarotzean datza. Hor kokatzen da oinarrizko larritasuna, hots amarekiko banantzean. Banantzearen okerreko kudeaketatik sortzen dira haurren psikiatrian ikusten ditugun gaitzak.

Ikus daitekeenez psikiatriaren xedea nortasunarekin lotuta dago, "norberatasunarekin" hobeki esanda. Hau da, pertsona bakoitzak "Ni" esaten duenean "norberaren barne-esparrua" aipatzen du, "norberarena den esparrua eta ez beste inorena, beste ororentzat helezina den txokoa". Ba, gaitz mentala esparru horren arazoen adierazlea da: psikosietan esparruaren jabegoa sakonki aztoratzen da; neurosiak esparruaren defentsarako ahaleginak dira. Osasuna esparru horri dagokion helezintasuna eta norberatasuna osorik mantentzean datza, erasan ororen gainetik, Arestiren olerkian eraso eta suntsiketa guztien gainetik "nire aitaren etxea" defendatzen den legez. Horrela oso ulergarria da Henri Ey-ren pentsamoldea: psikiatriaren gaia askatasunaren patologia da.

Gaitz horiei zuzentzen zaie osasun mentaleko zentroen jarduera. Lehentasuna gaitz larriei ematen zaie. Gure funtzionamendua aldez aurretik ezarritako hitzorduen araberakoa izan arren, psikosia pairatzen duten edo, bere famili medikuaren ustetan, larriak diren kasu berriak berehala hartzen ditugu. Estreinako balioztapenean aztertzen dugu ospitaleatu ala ez eta, hala ikusiz gero, baliabideak ezartzen saiatzen gara, batez ere, eta sarri gertatzen den bezala, gaixoak gaitzaren kontzientziarik ez daukanean eta barneratzea bere gogoaren aurkakoa denean. Kasu horietarako, berriki, Gipuzkoako epaitegiak, osasun-departamenduak, ertzaintzak eta osasun mentalak jokaera bat adostu dute, prozedura arintzeko eta errazteko.

Erabakia tratamendu anbulatorioaren aldekoa danean egitasmo terapeutiko bat antolatzen da. Noizbehinka, zainketen hasiera gaixoaren etxean egiten da eta, aldi akutua menperatu artean, eguneroko jarraipena eskaintzen zaio. Baina gehienetan tratamendua zentroan bertan egiten da. Tratamenduaren oinarriak honakoak izan ohi dira: egoera klinikoaren larritasunaren menpeko saio terapeutikoen maiztasuna, behar izanez gero, egunerokoa; tratamendu farmakologikoa; gizartean egokitzeko egon daitezkeen arazoen azterketa. Beraz, psikiatrak, psikologoak, erizainak eta gizarte-langileak hartzen dute parte, zuzenean.

Koadro klinikoa menperatu ostean jarraipen luzerako lana antolatzen da. Ahaleginak berregokitzapenaren gidoiari lotuta daude, bai arlo pertsonalean, bai familian eta arlo sozialean ere. Zeren, gure gaixoak, gaitz klinikoaz gainera, oso sarri, giza arazoz kutsatuta daude, baina eskura dauzkagun baliabideak urriak dira. Esan beharra dago, hala ere, gizartean sortzen diren arazo asko, psikiatriarekin zerikusirik ez dutenak, psikiatrizatzeko ohitura zabaldu dela. Egia da sufritzen diren arazoek sintoma psikiatrikoak sorrarazi ditzaketela, baina buruhausteari gehitu zaion sintomaren aitzakian ezin da afera psikiatrizatu, arazoa eta izan lezakeen konponbidea ez dagokionaren eskuetan utziz. Psikiatria problema anitzen koartada bihurtu da. Erru horretan erori gara eta harrapatuta gaude.

Baliabideetara itzuliz, dagoen eskaeraren aurrean, urriak direla aitortu behar. Baina ez baliabide material eta teknikoak soilik (pisu eta lan babestuak, eguneko zentroak etab.) baita pertsonalak ere. Gaixoen tratamenduak denbora asko eskatzen du. Entzunak eta ulertuak izatea da euren behar nagusietakoa. Horretarako denbora behar da. Profesionalak, bere jakinduriaz aparte, denbora eskaini behar dio pazienteari, eta profesionalak gutxi gara, baina gaixoak anitz.

HAUR ETA NERABEEN ADIMEN GAIXOTASUN LARRIAK

GERMAN RODRIGUEZ VAZQUEZ.
Donostiako Ospitalez Kanpoko Osasun Mentala.

Adimen gaixotasun larriak ez dituzte pertsona helduek bakarrik jasaten, haur eta nerabeek ere pairatzen dituzte.

Nahiz eta oso zabalduta egon haur eta nerabeen aroa zoriontsuena izaten dela, eta hori egia bada ere, esan dezakegu, bestetik, denboraldi honetan sufrimendu izugarria ere izan dezaketela.

Gaitza jaiotzetikoa izan liteke edo norberaren bilakaeran eta garapenean sortua, esate baterako: autismoa, sikosia, garapenerako oztopoak edukitzea, muga-mugako nortasuna izatea, neurosia, beldurrak, suizidiorako joera izatea, galerak jasatzea (heriotzak, banaketa traumatikoak...), eritasun psikosomatikoak edukitzea, bortxaketaren bat pairatzea, tratu txarrak, eta abar.

Somatikoki nahiko aztertuta daude haurrak 14 urte bete bitarte, baina adina horretatik aurrera, zer gertatzen da? Alderdi somatikoaz hitz egiten dugu, baina adimenari buruzko gauzez eta adin horretako haurren harremanez, zer dakigu? Arazo horietaz ez da hitz egiten, nahiz eta familiako giroan eta giro intimoetan gauza larriak gertatu, intimitaterako gordetzen dira.

Zer egin behar dugu osasun arloan ari garen profesionalek? Nola aurre hartu arazo hauei? Adin kritikoak dira, aldaketa asko gertatzen diren urteak dira eta aldaketa horiek bai fisikoak eta bai psikikoak izaten dira.

Aurreneko gauza arazoen detekzioa egitea da, eta normalean, familia bera edo etxekoak dira konturatzen diren lehenak, pediatriako profesionalak edo eskolako irakasleek ere ohartzen ahal dira arazo horietaz.

GIZARTEA: LAGUNA EDO ETSAIA

Gizarteak zer nolako papera jokatzen duen ere aztertzekoa da. Batez ere, izugarrizko hutsune handia hezkuntza aldetik nabarmentzen delako. Gainera, familia sisteman, askotan komunikaziorik ez dago eta horrek ere arazoa areagotzen ditu. Beste aldetik, badakigu sistema garrantzitsuena familia bera dela, beraz zerbait egin beharko dugu, familiak dituen errekurtso terapeutikoak osasu-

naren alde erabiltzeko. Hau da, errekurtso pertsonalak, familiarenak, taldearenak, gizartearenak erabili beharko ditugu arazoei aurre hartzeko edota gainditzeko. Hezkuntza (emozioak, portaerak landu…) edo instrukziozko sistema baten aurrean gaude?

ZER TERAPIA MOTA IZAN LITEZKE EGOKIENAK?

- Bakarkako terapiak (bakoitzak bere barnean dauzkanak atera eraziz).

- Taldekoak: Antzeko beste pertsonekin edo pertsona desberdinekin edota familiarekin osatutako taldeak izan daitezke.

-Giza taldeak.

-Psikofarmakoak, legalak direnak eta …. ?

Aukeratzeko orduan egokiena edo efektiboena zein den jakin behar da, terapia bakoitza ongi egokituz pertsonaren beharrei eta egoerei.

SEINALEA, SINTOMA, SINDROMEA ETA GAIXOTASUNA

Haur edota nerabea, egoera desdegokian sartzen denean zer egin behar da? nola jokatu behar dugu?

Gaur egun, gaitz batzuen aurrean segituan adi jartzen gara, esate baterako asko mugitzen diren haurren aitzinean, baina isilik egoten diren haurren aurrean ez gara konturatzen berandu izan arte eta bat-bateko gertakizun edo istripua gertatu arte, orduan, zer esan dezakegu?

Zerbait disfunzionala, desegokia gertatzen denean, egoera ongi aztertu behar dugu. Diagnostikoa, emaitza edo konklusio batera iristeko erabili behar ditugun teknikak hauexek dira: obserbazioa, sikometria, elkarrizketa, jokoak, ipuinak, marrazkiak edo gorputzaren espresioaren bidezko teknikak.

Azken finean, haur batek hutsuneak baditu, berarekin adostu beharko dira betebehar batzuk, baina ez dira “muletak” bezalakoak izan behar. Baizik eta haurrak ikasi behar du zeintzuk diren berak dituen baliabideak bizian arazoak edo bizitzako gauzak aurrera eramateko. Beraz, hutsuneak eta baliabideak ongi aztertu beharko ditugu.

GIZARTE ERREKURTSOAK ETA SAREKO LANAK

Gizartean zenbait errekurtso publiko baditugu, esate baterako:

- Ospitalez kanpoko azpiegitura Gipuzkoako mendebaldeko herrialdeetan hedatuta dago, bezeroengandik hurbil daudenak dira. Ekialdean zentralizatuak dira eta akzesibilitate aldetik urruti daudenak dira.

- Ospitalean haur eta nerabeentzako sail bat dago 9 oherekin.

- “Gautena”: autismoa dutenentzako zentroa da.

- “Hortzadar”: garapen eskasa daukatenentzako da.

- Beste elkarte batzuk: “Akabe”, “Hiperki”...

- Bananduen elkarteak, famili topaguneak eta abar

- Babeserako zerbitzuak (udalarenak edo aldundienak): pisuak, gaztegune-ak...

Azpimarratzeko da errekurtso inportanteena haur eta nerabeen familia bera dela, horrexegatik beti salbuespenak aztertu behar ditugu, familiaren ahalmenak eta hori egin eta gero erantsi beste laguntza guztiak, beste errekurtso motak bai haurrari bai familiari laguntzeko.

Esan beharra dago, bestetik, errekurtsoek beren muga daukatela. Horrexegatik ondo gestionatu behar ditugula. Kribaje handia egin behar da laguntza behar dutenentzat bideratzeko. Hain zuzen ere gaixotasun larria dutenentzat. Eta eguneko patologiarentzat, kontratu terapeutikoak egin behar dira, haiek dauzkaten tresnak edo baliabideak erabiliz.

MENPEKOTASUN ZAHARRAK ETA EGITEKO BERRIAK: BITARIKO PATOLOGIA

J.J. LÓPEZ-GOÑI *, N. LANDA **, J. FERNÁNDEZ-MONTALVO *, I. LOREA *.**
* Nafarroako Gizartea Helburu Fundazioa. Iruña.
** Tuterako Adimen Osasuneko Zentroa.
*** Nafarroako Unibertsitate Publikoa. Iruña.

Gauza jakina da desoreka psikiatrikoak dituzten pazienteek gainerako herritarrek baino aukera gehiago dituztela substantzien menpekotasunaren ondoriozko desorekak ere izateko (Regier, Farmer, Rae et al., 1990). Bestalde, ohikoa da, orobat, substantzien menpe daudenengan gogameneko desorekak agertzea. Bi ebidentzia horietan oinarritzen da azken urteotan hedatu den kontzeptu bat: bitariko patologia. Kontzeptu horren inguruan, dena dela, ika-mika ugari izan dira (Albanese eta Khantzian, 2004).

BITARIKO PATOLOGIA

Bitariko patologia hauxe da: substantzien erabileraren ondoriozko desoreka eta desoreka psikiatrikoak aldi berean agertzea (Zimberg, 1996; Albanese eta Khantzian, 2004). Lehen esan bezala, termino honen barrenean sartzen dira, hala I. ardatzari erantsitako psikopatologia, nola II. ardatzean nortasun nahasteren bat agertzea.

Bi eratako morbilitate horrek tratamendu klinikoa eta esku-hartze terapeutikoaren pronostikoa galarazten ditu. Horregatik, funtsezkoa da tratamendu bila datozen subjektuen ebaluazio zorrotza egitea, bitariko patologia ote dagoen ikusteko eta tratamendua paziente bakoitzaren ezaugarrietara egokitzeko.

Hori horrela, hauek dira bitariko patologiaren ondoriozko desorekak diagnostikatu eta tratatzeko oinarrizko printzipioak (Zimberg, 1996, 33. or.):

- Tratamenduari ekin aurretik, sintoma psikiatriko akutuak edo substantzien gehiegizko kontsumoaren ondoriozko sintomak egonkortzea.

- Diagnostiko psikiatrikoa egin eta epe luzerako tratamendua hasi aurretik,

ezinbestekoa da 3 astetik 6 astera bitartean pazientea substantziarik hartu gabe arretaz aztertzea.

- Bi desorekak egoki tratatzea, bestela ez da hobekuntzarik sumatuko ez batean ez bestean. Laguntzeko tratamendua egin behar da, aurreiritzirik gabe. Litekeena da xantaia terapeutikoa (sic) egin behar izatea, lanean, familiarekin edo laguntzarako baliabideei dagokienez.

- Aholku emateko terapia edo Alcohólicos Anónimos taldeak darabilena ez da egokia bitariko nahasteak dituzten pazienteentzat.

- Egokia da tratamenduaren hasierako etapetan substantzien kontsumoa utzi duten pazienteekin malguagoa izatea eta haiekiko liskarrak saihestea. Nolanahi ere, pazienteak tratamenduan segitzen badu, ezin da inolaz ere onartu substantziak kontsumitzen etengabe segitzea.

- Tratamenduaren maiztasunari dagokionez, erregimen anbulatorioan dauden pazienteak astean 2 edo 3 aldiz hartu behar dira; bi desorekak egonkortu arte, gomendagarria da egunero hartzea edo ospitaleratzea.

- Tratamendua profesional kliniko bakar batek egin behar du, programa bakar bat erabiliz. Bi terapeutak hartzen badute parte, batak tratamendu psikiatrikoan eta besteak menpekotasunaren ondoriozkoan, behar-beharrezkoa da elkarri informazioa maiz ematea, pazienteak manipulatzerik izan ez dezan.

- Ohikoagoa da desoreka psikiatrikoak eta menpekotasunen ondoriozkoak dituzten pazienteak berriz eritzea desoreka bakar bat duten pazienteak baino. Beraz, horrek ez du esan nahi ezinbestean tratamenduak porrot egin duenik.

- Bereziki kontuan hartu behar dira transferentziako eta kontratransferentziako erreakzio biziak. Tratamenduaren oinarrizko abiapuntua da pazientearen motibazioa, bestela tratamenduak porrot eginen du eta. Dena dela, sendatzeko motibazio hori tratamenduaren beraren prozesuan oinarritu behar da.

- Pazientea, behartu gabe, elkarri laguntzeko taldeetan parte hartzera animatu, batez ere "Arazo bikoitza" aztertzeko taldeetan, horrelakorik baldin badago.

Laburbilduz, problematika gehigarririk ote dagoen ikusi behar da, tratamendua segitzeko ohiko "erresistentziaz" haratago.

Izan ere, gure ingurura begiratuz gero, Nafarroako komunitate terapeutiko batean gertaturiko tratamendu-uzteak aztertzeko berriki egin den ikerlan batean (Fernández-Montalvo, López-Goñi, Landa Illescas, Lorea, eta Zarzuela, 2004) adierazten da tratamendu-uzteak bi motatakoak direla: (1) tratamendua goiz uzten dutenak (lehenengo hiru hilabeteetan), nortasun nahasteak dituzten pazienteenak; eta (2) tratamendua berandu uzten dutenak, problematika erantsirik ez duten pazienteenak. Hori ikusita, diagnostiko goiztiarra egin beharra azpimarratzen da, bi problematika mota horiek atenditu ahal izateko.

MENPEKOTASUN BERRIAK: SUBSTANTZIARIK GABEKO MENPEKOTASUNAK

1. EZAUGARRIAK

Menpekotasun berriak substantziarik gabeko menpekotasunak dira; hau da, jokamolde jakin batzuen menpekotasunak dira, substantzia kimikoen zuzeneko eraginik ez dutenak.

Jokamolde horiek ohikoak izaten dira, baita beharrezkoak ere askotan gure gizartean, baina une jakin batean kontrolik gabekoak bilakatzen dira, konparazio batera, jokatzea, jatea, lan egitea, erostea, ariketa fisikoa egitea, sakelako telefonotik hitz egitea, Internet erabiltzea, sexu-harremanak izatea, etab. Jokamolde horiek gure kontroletik ihes egiten dutenean, behin eta berriz egitea eskatzen dutenean, beste gauza eta jarduerekiko interesa galtzen denean eta ohiko bizimoduan interferentziak eragiten dituztenean, substantziarik gabeko menpekotasuna dagoela esan daiteke (Echeburúa, 1999).

Zer jokamoldek sor dezakete menpekotasuna? "Plazerra dakarren ia jarduera guztiak jokamolde menpekotasun-sortzaile bilaka daitezke" (Echeburúa eta Fernández-Montalvo, 2005).

Hori horrela bada ere, gure ohiko bizimodua nahasi edo psikopatologizatu nahi ez badugu, oso garbi izan behar dugu normaltasunaren eta patologiaren arteko muga markatzen duten sintomak hauek direla: batetik, kontrola galtzea, eta bestetik, ohiko bizimoduan interferentzia larriak eragitea.

Egia da, bestalde, ikertzaile batzuek ez dituztela jokabide horiek menpekotasuntzat hartzen (Jaffe, 1990; Miele et al., 1990 y Walker, 1989). Izan ere, Ameriketako Psikiatriako Elkarteak, DSM-IV-TR (2004) delakoan, ez du substantziarik gabeko menpekotasunen berri ematen. Horrela, joko patologikoa inpultsuen kontrolaren desorekatzat jotzen da eta gorago aipatu ditugun jokamolde batzuk ez dira desoreken sailkapenean agertzen. Dena dela, esan beharra dago sailkapen horretan desoreka gehiago sartzeko bidea irekita dagoela. Hala gertatu da, esate baterako, sekulako betekadak egiteko desorekarekin, elikaduraren desoreken taldean sartu baita berriki.

Gauzak horrela, DSM-IV-TR delakoan (2004) substantzien menpekotasuna antzemateko irizpide asko eta asko substantziarik gabeko menpekotasunei ere aplikatzen ahal zaizkie:

(1) Nahi baino gehiagotan edo nahi baino maizago egiten da jokamolde hori.

(2) Jokamolde hori kontrolatzeko edo uzteko gogo edo ahalegin bizia dago, baina alferrik da.

(3) Jokamolde horri loturiko jardueretan edo hura prestatzeko lanetan denbora asko ematen da.

(4) Jokamolde hori dela eta, gizarteko, laneko edo aisialdiko jarduera garrantzitsu batzuetan denbora gutxiago ematen da.

(5) Jokamolde horri eutsi egiten zaio, kaltetuak ongi dakien arren aldian behin edo etengabe arazo psikologiko edo fisikoak izaten dituela eta arazo horiek, antza denez, jokamolde horrek eragiten edo handitzen dituela.

Bestalde, azpimarratu beharra dago Ikaskuntzaren Teoriaren kontzeptualizazioak erakutsi digula menpekotasun kimikoek eta substantziarik gabeko menpekotasunek prozesu bera segitzen dutela:

(1) Lehenbizi, errefortzu positibo gisa ezartzen dira;

(2) Errefortzu negatibo gisa irauten dute.

Tratamenduari dagokionez, menpekotasun kimikoenean ez bezala (substantziena), abstinentzia baino gehiago jokamolde arazo-sortzailearen gaineko kontrola ezarri behar da, izan ere, kasu gehienetan, egunero egin behar diren jokamoldeak dira.

Substantziarik gabeko menpekotasunik ezagunena ludopatia da. Horren inguruan ikusi eta aztertu dena gainerako menpekotasun berriak aztertzeko erabiltzen da.

Joko patologikoaren ezaugarriak hauek dira (Fernández-Montalvo, 1999): (1) kontrola galtzea; (2) jokoaren menpekotasun emozionala; eta (3) ohiko bizitzan eragina izatea.

Biztanleriaren % 2-3 inguruk joko patologikoari loturiko arazoak ditu. Horietatik % 80k makina txanpon-jaleen menpe daude.

8tik 5 gizonezkoak dira eta 3 emakumezkoak, baina tratamendu bila joaten den emakume bakoitzeko 10 gizonezko joaten dira. Problematika hau adin guztietan eta gizarte-maila guztietan agertzen da. Nerabeen artean gora doa zaletasun hau, eta hori larritzeko modukoa da.

Substantziarik gabeko beste menpekotasun batzuen kasuak ludopatiakoak baino askoz ere gutxiago dira. Alabaina, ondoren haien azalpen laburra eginen dugu.

2. SUBSTANTZIARIK GABEKO MENPEKOTASUN BATZUEN AZALPEN LABURRA

Lanaren menpekotasunaren ezaugarriak (Fernández-Montalvo eta Echeburúa, 1998):

- Lanean gehiegi inplikatzea.
- Lanari emanda egotea faktore pertsonalek edo barrenekoek eraginda.
- Lanarekin gutxi gozatzea.
- Boterea eta ospea bilatzea.

- Beti presaka eta lanpetuta egotea.
- Gauza guztiak kontrolatu nahi izatea.
- Perfekzionismoa.
- Harreman pertsonalak izateko zailtasunak.
- Erlaxatzeko eta ongi pasatzeko zailtasunak.
- Memoria-galtze txikiak.
- Pazientzia falta izatea eta suminkor agertzea.
- Laneko eginbeharrek norberaren nahiak gailentzea.
- Utzikeria, nor bere buruarekin.

Interneten menpekotasunaren ezaugarriak:

- Internet desegoki erabiltzea.
- Gizartean eragiteko modua Interneten bidez bilatzea.
- Bakarrik estimulatzea.
- Internet arazoei ihes egiteko erabiltzea.
- Loa galaraztea.
- Eginbeharrak eta zaletasunak uztea.
- Erabileragatik nork bere burua gaitzestea.
- Interneten bidezko pentsamendu intrusiboak izatea.
- Nork bere burua kontrolatu ezina.

Sexu-menpekotasunaren ezaugarriak:

- Nahi ez diren sexu-jokabideak izatea.
- Ohiko bizimoduan eragina izatea.
- Sexua norberaren ongieza arintzeko erabiltzea.
- Masturbazio konpultsiboa.
- Maitale ugari gogo biziz bilatzea.
- Putetxeetara edo telefono erotikoetara sarri jotzea.
- Jokamolde hipersexuala.

Kasu horietan guztietan, oroitarazi behar da ohiko bizimoduarekin haustea dela lanaren menpekotasuna duen pertsona baten eta oso pertsona langile baten arteko muga, Interneten menpeko baten eta Internet askotan erabiltzen duenaren artekoa edo sexuaren menpeko baten eta pertsona promiskuo baten artekoa.

3. MENPEKOTASUN KIMIKOAK/SUBSTANTZIARIK GABEKO MENPEKOTASUNAK

Menpekotasun kimikoetan ohikoa da politoxikomania, hau da, droga baten baino gehiagoren menpe egotea aldi berean. Menpekotasun psikologikoetan, ordea, ez da ohikoa menpekotasun psikologiko bat baino gehiago izatea, konparazio batera, joko patologikoa, hipersexualitatea eta erosketen menpekotasuna (Echeburúa eta Corral, 1993). Maizago agertzen da menpekotasun psikologiko bat eta menpekotasun kimiko bat edo gehiago aldi berean –esate baterako, joko patologikoa, alkoholismoa eta tabakismoa; lanerako menpekotasuna eta lanaren ondoriozko nekea neutralizatzeko drogak hartzea (kafea, tabakoa, alkohola, kokaina, antsiolitikoak eta hipnotikoak batik bat).

LABURBILDUZ

Bai bitariko patologien kasuetan, bai menpekotasun berrien kasuetan, diagnostiko goiztiarra egitea funtsezkoa da tratamendua bide onetik joan dadin. Bestalde, XXI. mendeari begira, nabaritzen da esku-hartzeen ardatz nagusiak haueexek izanen direla: baliabide guztien arteko elkarlana eta diziplina askotako ikuspegia.

AIPAMEN BIBLIOGRAFIKOAK

Albanese, M. eta Khantzian, E. (2004). Tratamiento del paciente resistente con trastorno por consumo de sustancias. in Dewan, M.J. eta Pies, R.W. Tratamiento del paciente resistente en psiquiatría. (291-318 orr.). Barcelona: Psiquiatría Editores.

American Psychiatric Association (2004). Diagnostic and Statistical Manual IV TR. Barcelona: Masson.

Echeburúa, E. (1999). ¿Adicciones sin drogas? Las nuevas adicciones. Bilbao: Desclée de Brower.

Echeburúa, E. eta Corral, P. (1993). Adicciones psicológicas: más allá de la metáfora. Clínica y Salud, 5, 251-258.

Echeburúa E. eta Fernández-Montalvo, J. (2000). Manual práctico del juego patológico. Madrid: Pirámide.

Echeburúa, E. eta Fernández-Montalvo, J. (prentsan). Adicciones sin drogas. in G. Cervera, J.C. Valderrama, J.C. Pérez de los Cobos, G. Rubio eta L. Sanz (Eds.). Tratado SET de trastornos adictivos. Madrid. Editorial Médica Panamericana.

Fernández-Montalvo, J. eta Echeburúa, E. (1998). Laborodependencia:

cuando el trabajo se convierte en adicción. Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, 3 (2), 103-120.

Fernández-Montalvo, J., López-Goñi, J.J., Landa, N., Illescas, C., Lorea, I. eta Zarzuela, A. (2004). Trastornos de personalidad y abandonos terapéuticos en pacientes adictos: resultados en una comunidad terapéutica. International Journal of Clinical Health and Psycohogy 4, (2) 271-283.

Jaffe, J.H. (1990). Trivializing dependence. British Journal of Adiction, 85, 1425-1427.

Miele, G.M., Tilly, S.M., First, M. eta Frances, A.(1990). The definition of dependence and behavioral addictions. British Journal of Addiction, 85, 1421-1423.

Regier, DA, Farmer, ME, Rae DS et al. (1990). Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse: results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) study. Jama 264, 2511-2518.

Walker (1989). Some problems with the concept of "gambling addiction": should theories of addiction be generalized to include excesive gambling? Journal of Gambling Behavior, 5, 179-200.

Zimberg, S. (1996). Introducción y conceptos generales del diagnóstico dual. in Solomon, J., Zimberg, S. eta Shollar, E. Diagnóstico.

ARRETA-FALTA ETA HIPERAKTIBITATEA.

AINHOA IZETA LIZARRAGA.
Altsasuko Osasun Zentroa.

Arreta-falta, hiperaktibitatearekin edo gabe, haurtzaroan neuropsikiatriaren arloan maizenik aurkitzen dugun nahastea da. Dislexiarekin batera haur eta nerabeen ikaskuntza prozesuan frakasoa dakarren faktore garrantzitsuena da.

Azken urteotan komunikabideetan haur hiperaktiboen gaia maiz azaldu da, Pediatria eta Psikiatria aldizkarietan baino gehiagotan, eta horrek pentsarazi digu, bai medikuei eta bai jendeari ere, moda berri baten aurrean gaudela. Baina hortik urrun gabiltza; arazoa nahiz eta aspaldidanik ezagutu (1902an Stillek deskribazu zuen lehendabiziko aldiz), badirudi behar baino gutxiago diagnostikatzen dugula.

Egin diren ikerketen arabera, prebalentzia ehunetik 3-7 bitartekoa da, 6 eta 16 urteko adin-tartean.Horregatik diogu neuropsikiatriako nahasterik arruntena dela.

Mutilak dira gehien jasaten dutenak, gizonen eta emakumeen arteko proportzioa 3/1 delako.

Hiperaktibitateari buruz errazago mintzatzen gara, baina horren atzean arazo multzo bat gordetzen da, hiperaktibitatea jokaera nahaste korapilatsu baten adierazgarria izaten baita. Horregatik nahaste honetan hiru sintoma nagusi biltzen direla argitu behar dugu: batetik, arreta-falta; bestetik oldarkortasuna edo inpultsibitatea; eta azkenik, gehiegizko mugimendua edo hiperaktibitatea.

Muinezkotzat hartzen ditugun hiru ezaugarri horietatik, hiperaktibitateari dagokiona da garrantzi txikiena izan dezakeena.

E.Taylorrek arreta-falta honela definitzen du “hazkunde psikologikoaren garapenean atzerapen iraunkor eta larria gertatzen da, azaltzen diren arazoak arreta-falta, jokaera oldarkorra eta egonezina direlako. Haurtzaroan goiz agertzen da, definizioz 7 urte bete baino lehenago, gehienetan 5 urte bete aurretik eta sarritan 2 urte bete aurretik. Askotan nerabeek eta helduek izaten dute eta ez da arraroa horietan nortasun arazoak aurkitzea. Ondorio bezala eskola-porrota, delituak egitea eta beste jarrera negatibo batzuk gertatzen dira. Hori dela eta, arreta-faltaren tratamenduak buruko osasun zerbitzuen helburu nagusietako bat izan beharko luke.”

Etiologiaren inguruan gehiago dira galderak erantzunak baino eta nahaste

honek dituen fenotipo edo ezaugarri anitzek zailago bilakatzen dituzte ikerketak. Argi dago, hala ere, adierazpen funtzionala duen nahastearen muina alterazio neurobiologikoan dagoela eta inguruneko faktoreek eragina dutela. Burmuineko morfologian ezaugarri berezi batzuk azaltzen dira baina neurokimikan aurkitu dute arrazoi nagusia. Badirudi dopaminaren bidean alterazioren bat dagoela eta beste neurotransmisoreei kalte eragiten diela; disfuntzio hori dela medio, iristen den informazioa sailkatzeko ahalmena galdu egiten da.

Genetikak zerikusia duela atzematen da. Gurasoetako batek trastorno hori baldin badu, haurrek % 20tik 40ra bitarteko arteko probabilitatea du trastornoa izateko.

JOKAERAREN EZAUGARRIAK

Haur hauen sintomak hain desberdinak eta anitzak dira kasuen arabera, ezen zaila izaten baita dena argi izatea. Bizitzan zehar edo adinarekin batera aldatzen doaz, eta askotan nola bereiziko dugu zer den jokaera normala, zer haurraren heziketa desegokia edo zein diren nahastearen sintomak?

Haurtzaroak aurrera egin ahala ezaugarriak ez dira berdinak izaten eta adibide gisa honela laburtu daitezke:

- Haurtzaindegi garaian kasurik egiten ez duen umea bururatzen zaigu, beste haurrei traba egiten diena, arauak eta txandak mespretxatzen dituena, minutu batez geldirik egoteko gauza ez dena, istripu ugari dituena...

- Oinarrizko hezkuntzara iristen denean, ez ditu arauak kontuan hartzen eta, horregatik, nahiz eta gaitasun intelektuala izan, hutsune akademikoak dauzka eta gelako kideek alde batera uzten dute. Ez da harritzekoa arazoak dituen beste batekin bakarrik elkartzea.

- Jakina da nahastea duten haurren % 75ek sintomak dituztela nerabezaroan. Adin honetako gazteak jarrera negatiboa du ikaskuntzaren aurrean, baliabide intelektualak modu desegokian erabiltzen ditu, bere familiakoekiko harremanak ez dira errazak izaten eta gauza haiengatik guztiengatik ondorio arrunta izaten da depresioaren edo antsietatearen sintomak azaltzea. Arreta-faltari dagokion eboluzioan ere azaltzen dira horiek.

Arreta-falta diagnostikatzeko DSM- IVaren irizpideari jarraitzen zaio ia beti; Amerikarren Psikiatriako Akademiak argitaratutako esku-liburuan irakur dezakegu.18 galdera dituen sorta da, batzuk arretarekin zerikusia dutenak, beste batzuk hiperaktibitearenak dira eta hirugarrenak oldarkortasunari dagozkionak. Zer sintoma ateratzen diren garaile, ba, horren arabera arreta-falta eta hiperaktibitatea hiru multzotan banatzen dute:

- Arreta-falta soila.

- Hiperaktibitate soila.

- Arreta-falta eta hiperaktibitatea.

Adierazi behar da, gainera, derrigorrezko bereizgarri hauek izan behar dituela: sintomak 7 urte bete baino lehenago azaltzea, haurra aritzen den leku eta egoera desberdinetan eta egunero atzematea, eta gutxienez 6 hilabeteko iraupena izatea.

Sintomak horrela sailkatzen ditugunean, jokabidean arreta-falta denean garaile, mutil helduak eta neskak aurkitzen ditugu gehienbat. Gelan ez dituzte jarraitzen irakasleen adierazpenak, kostatzen zaie eskolan agindutako etxeko lanak bukatzea, ahaztu egiten zaizkie liburuak eta eskolako gauzak… Aspertzen dira behin eta berriro errepikatzen diren lanez, baina gai dira erne egoteko bideojoko bat edo beste zeregin atsegingarri bat dutenean. Lehen aipatu dudan bezala, ikaskuntza mailan duten garapena ez da ona izaten eta kaltegarria da beren autoestimurako.

PEDIATRAREN ZEREGINA

Oinarrizko osasun laguntzako pediatriok zeregin handia dugu kasu hauetan. Askotan gure esku dago diagnostikora iristeko koordinatzaile gisa lan egitea, guraso, eskola, psikologo eta beste espezialitatek adierazten dutena bilduz. Oso ohikoa da diagnostikora iristeko prozesua gure kontsultan hastea. Gurasoek dakarten gaia desberdina izaten da 7 urtetik beherako umeen kasuan, gurasoei beren haurra beste haurrak baino mugituagoa dela iruditzen zaielako. Handitzen direnean, berriz, ikasketetan garapen makala dutenak ekartzen dituzte osasun etxera, edo jokabidea erabat guraso eta irakasleen aurkakoa denean. Beste batzuetan, nerabezaroan toxikoen kontsumitzeak uzten du agerian diagnostikatu gabeko nahastea.

Pediatraren lehenengo eginbeharra Arreta-faltaren nahastea susmatzea da, ondoren diagnostikoaren balorazioa egiteko, kontuan izanik nahaste honekin ager daitekeen antzeko gaixotasunen bat ba ote dagoen (komorbilitatea).

Diagnostikora iristeko argi izan behar dugu ez dagoela adierazgarri analitikorik, klinikoa dela. Eta garrantzi handia duela familiarekin batera problemak aztertzea eta eskola mailan irakasleekin edo orientatzailearekin elkarrizketan aritzea.

Ez dugu haurra ahaztu behar. Gurasoekin beren eta umearen arazoen zerrenda egiten dugun bitartean, haurraren jokaera nolakoa den aztertuko dugu. Anamnesi zabala egin behar da, familiakoen istorioa bilduz, garapenaren dimentsio berriak jasoz, arlo psikosozialari buruz ere galdetuz. Ondoren azterketa fisiko osoa egingo dugu, bai eta azterketa neurologikoa ere, entzumena eta ikusmena baloratuz.

Hori dena bukatu eta gero, miaketa bereziren bat behar duen ala ez ikusiko dugu. Ez dago screening moduan derrigorrez egin behar den azterketarik, baina batzuetan elektroenzefalograma bat eskatuko dugu edo neuroimajina lortzeko pausoak ematen hasiko gara.

Beste batzuetan umearen adimenari dagozkion zalantzak ditugu eta baliteke komenigarria izatea gaitasun intelektuala neurtzea. Halakoetan psikologoen laguntza eskatuko dugu.

Azkenik, ikasketa mailan nola dabilen, eskolan nola moldatzen den, ikaskideekin nolakoa harremanak dituen, jokaera egokia duen eta abar kontatuko digute irakasleek edo orientatzaileak. Askotan haiek berretsiko digute gure susmoa.

Diagnostikoaren ebaluazioa egiteko laguntza handikoak dira galdekizunak. Badaude gurasoen informazioa eta iritziak biltzeko galdera-sortak, baita irakasleentzat eta haurrarentzat ere. Irakasleentzako galdera-sorta ezagunenak hauek dira: Connersen galdekizuna, SDQ galdekizuna. Euskaraz eta gaztelaniaz aurki daitezke. Gurasoentzat Copeland Symptom Checklist ADHD aurki dezakegu.

Dena dela, diagnostikoa ez dugu inoiz galdera-sorta baten puntuazioaren arabera egingo, beste funtsezko iritzi klinikoetan oinarrituta baizik.

Pediatrok ohizko diagnostiko bereizgarria egingo dugu: gaixotasun neurologikoak, elikadurari dagozkionak, toxikoen kontsumoa eta abar baztertuz. Garapen arloko nahasteak hartuko ditugu kontuan (gaitasun falta, hezkuntzako nahaste bereziak), jokaerarekin eta afektibitatearekin loturiko gaixotasunak ere aztertuko ditugu eta azkenik, inguruko faktoreei egingo diegu kasu oinarrizko osasun laguntzako pediatrek gero eta maizago ikusten baititugu (etxean eta eskolan hezkuntza jokabide desegokiak egotea, desberdintasun soziokulturala, estres iraunkorra...). Haur mainati eta gaizki heziak edo mukizuak ere gero eta maizago ikusten dira, ez ditugu ahaztu behar.

Komorbilitatea eta Arreta-falta eta Hiperaktibitatea loturik doaz, are gehiagotan diagnostikatu eta tratamendua martxan jarri ez dugun kasuetan. Horiek beste nahaste batzuk dira, bakoitza bere ezaugarri eta tratamenduarekin baina ezaguna da bata bestarekin agertzeko probabilitatea handiagoa dela. Besteak beste, hauek: Gilles de la Tourette sindromea, garapenaren nahaste orokorra, mintzamenaren nahaste espezifikoa, dislexia, jokabide arazoak, alkohola eta drogen kontsumoa eta nahaste depresiboak

Kasu berezi hauetan guztietan neuropediatria edo psikiatriarengana bidaliko ditugu haurrak.

JOKABIDE TERAPEUTIKOA

Egin behar dugun lehenengo gauza zera da: haurrari eta gurasoei diagnostikoa modu egokienean azaltzea, behar diren azalpen guztiekin. Hori egin eta gero hasiko dugu tratamendua.

Jokabide terapeutikoa ez da erraza, arlo anitzetan jokatu behar baita. Hemen ere badugu pediatrek alde batetik eta bestetik martxan jartzen diren neurriak zaintzeko gaitasuna.

Nahaste hau ez da medikazio batekin sendatzen, aldi berean ez badugu beste hainbat euskarri eskaintzen. Argi dugu tratamenduan zenbait pertsonak egingo dutela lan: haurrak alde batetik, gurasoek eta familiakoek bestetik, hezitzaileak eta medikuak ahaztu gabe. Arazoak denen artean konpartituz gero, errazagoa izango da problematika gainditzea.

Terapian arlo desberdinak aukitzen ditugu. Alde batetik haurraren arreta eta kontzentraziorako gaitasuna hezten saiatzen dena. Beste bat euskarri emozionala eskaintzea da, bai haurrari eta bai familiari, horren premia baldin badu. Gurasoentzat informazio eta jokabide arauak badaude haurraren heziketa modua aldatzeko edo kontrolatu ahal izateko. Badaude irakasleentzat prestatutako aholkuak ere.

FARMAKOAK

Tratamendu farmakologikoak, beste neurri terapeutiko batzuekin batera, AFHN duen haurraren egokitze normala babesten du. Horretaz gainera, bestelako gaixotasun eta komorbilitatearen prebentzioa lortzen du.

Ikusi da eskolan arreta gehiago dutela, hobeto entzuten dute, saiatzen dira lanean, eta haiekiko tratua errazagoa bilakatzen da.

Kasu gehienetan medikazio psikoestimulantea erabiltzen da, eta ia beti Metilfenidatoa. Neuronen sinapsi-guneetan dopamina eta serotonina neurotrasmisoreen kontzentrazioa handitzea da haren funtzioa. Orain arte egunean zehar bitan hartu behar zuten farmako hau baina orain zinetika luzeagoa duen beste bat dago salgai, eta egunean behin hartzearekin nahikoa da.

Beste farmako batzuk ere eskain daitezke, beste nahasteren bat baldin badago aldi berean. Depresio baten aurrean gaudenean sertralina izenekoa gehitu daiteke, serotonina metatzea mozten duen sustantzia. Jokabide-nahasteren bat dagoenean risperidona erabil daiteke.

Kasu berezi hauetan psikiatra edo neuropediatra ardurarratuko dira haurraz.

BIBLIOGRAFIA

American Academy of Pediatrics.Clinical Practice Guideline: Diagnosis and Evaluation of the Child With Attention-Deficit / Hyperactivity Disorder.Pediatrics 2000;105;1158-1170.

Zametkin A,Ernst M. Problems in the management of Attention-Deficit-Hyperactivity Disorder.N Eng J Med 1999; 340; 40-46.

Still GF.The Coulstonian lectures of some abnormal physical conditions in children.Lancet 1902; 1008-1012;1077-1082;1163-1168.

Castellanos F.X., Acosta MT. El síndrome de déficit de atención con hiper-

actividad como expresión de un trastorno funcional orgánico. Rev Neurol 2002;35:1-11.

Sowell E. et al. Cortical abnormalities in children and adolescents with attention-deficit disorder.The Lancet 2002; 362:1699-1707.

Hill D.E. et al. Magnetic Resonance Imaging Correlates of Attention-Deficit / Hyperactivity Disorder.Neuropsycology 2003;17:496-506.

Menéndez I.Trastorno de déficit de atención con hiperactividad: clínica y diagnóstico. Rev Psiquiatr Psicol Niño y Adolesc 2001;4:92-102.

Peña JA, Montiel-Nava C.Trastorno por déficit de atención/hiperactividad:¿mito o realidad? Rev Neurol 2003;36:173-9.

TaylorE,Sergeant JA,Doepfner M.Clinical guidelines for hyperkinetic disorder. Eur Child Adolesc Psychiatry 1998;7:184-200.

Cornellá J., Llusent A.Trastorno de déficit de atención con o sin hiperactividad. Pediatr Integral 2003;VII(8):571-582.

American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders.DSM-IV.4 ed. 1994. p.78-85.

Conners CK. Escalas de evaluación de Conners.Toronto, Multi-Health Systems,1995.

Goodman R. The extended version of the Strenths and Difficulties Questionnaire as a guide to child psychiatric caseness and consequent burden.Journal of Child Psycology and Psyquiatry.1999;40:791-799.

Goodman R. Meltzer H., Bayley V.The Strenths and Difficulties Questionnaire: A pilot study of the validity of the self-report version. Eur Chil and Adol Psyc.1998;7:125-130.

Byrne J, De Wolfe N, Bawden H. Assessment of Attention-Deficit Hyperactivity Disorder in Preschoolers. Child Neuropsychology 1998;4:1-49.

Collett B.R., Ohan J.L., Myers K.Ten –Year Review of Rating Scales. V: Scales Assessing Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry.2003;42:9-15.

Leslie LK, Weckerly J., Plemmons D. Implementing the American Academy of Pediatrics Attention-Deficit Hyperactivity Disorder diagnostic guidelines in primary care settings.Pediatrics.2004 Jul;114:129-40.

Artigas J. Comorbilidad en el trastorno por déficit de atención /hiperactividad.Rev Neurol.2003;36:68.

Pascual-Castroviejo.Enfermedad comórbida del síndrome de déficit de atención con hiperactividad. Rev Neurol.2002;35:11-17.

Tillman R., Geller B., Bolhofner K. Ages of Onset and Rates of Syndromal and Subsyndromal Comorbid DSM-IV Diagnoses in a Prepuberal and Early

Adolescent Bipolar Disorder Phenotype. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry.2003;42:12-1486.

Sukhodolsky D., Scahil L.Disruptive Behaviour in Children With Tourette´s Syndrome:Association with ASHD Comorbidity, Tic Severity and Functional Impairement. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry.2003;42:1-98.

Review: parent training and community-based interventions may benefit children with disruptive behaviour disorders. Evidence-Based Mental Health 2003;6:81.

Tuchman R. Tratamiento del trastorno por déficit de atención con hiperactividad.Rev Neurol Clin. 2000; 1:217.

Roselló B., García R., Tárrega R., Mulas F. El papel de los padres en el desarrollo y aprendizaje de los niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad.Rev Neurol 2003;36:79.

Hoagwood K., Kelleher KJ. Treatment services for children with ADHD: A national perspective. . Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry.2000;39:198-206.

Kutcher S., Aman M., Brooks S.International consensus statement on attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) and disruptive behaviour disorders (DBDs): Clinical implications and treatment practice suggestions.Eur Neuropsychopharmacology 2004;14:11-28.

Wolraich ML.,Lindgreen S. Stimulant medication used by primary care physicians in the treatment of attention- deficit hyperactivity disorders.Pediatrics 1990;86:95-101.

Barkley RA., du Paul GJ. Attention-deficit disorder with and without hyperactivity: clinic response to three dose levels of metilphenidate.Pediatrics 1991;87:519-31.

Mulas F., Mattos de Blanco L. Actualización terapéutica en el trastorno por déficit de atención e hiperactividad: metilfenidato de liberación prolongada. Rev Neurol 2005; 40:49.

Artigas J. Nuevas opciones terapéuticas en el tratamiento del trastorno por déficit de atención e hiperactividad.Rev Neurol 2004;38:117.

Willens T., Pelham W., Stein M., Conners CK. ADHD Treatment With Once-daily OROS Metylphenidate:Interim 12-Month Results from a long-term Open-Label Study. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry.2003;42:4-424.

Typical clinical doses of methylphenidate did not cause tics or exacerbate pre-existing tics in children with attention-deficit hyperactivity disorder.Evidence-Based Mental Health 2000;3:31.

LITERATURA SENDAGAI

MARIASUN LANDA.
Idazlea.

Literatura sendagaitzat hartu baino lehen, gogora ekarri nahiko nuke idazle izatea, besteak beste, Norberaren Munduan arrotz bihurtzea dela. Orduak eta orduak ematen ditugula irudimena deitu ohi dugun lurralde lausoan jirabiran eta idazten dugunaren zati bat, behintzat, ezagutzen ez dugun edo gaizki ezagutzen dugun zerbaiten itzulpena dela.

Eta horrela aurreratzen dut nire hausnarketei emango diedan ikuspuntua, baztertu gabe beste batzuk ere izango direla, eta kolore ugarikoak, elkarren baztertzaile ez direnak. Idazleak bere buruaz ezagutzen ez duen baina bere baitan bizi duen hura literaturak nola eman dezakeen, hori da hizpidera ekarri nahi dudana. Eta hori esatean ez dut helduen ala haurren literaturaren artean diferentziarik egingo.

Izan ere, idazle ofizioari buruzko bibliografía zabala dago eta autore asko dabil zergatik idazten duen aztertu eta zintzoki erantzun nahian. Erantzunak askotarikoak eta pertsonalak dira, baina batzuk eskematikoki biltzera ausartuko naiz: norberaren mundua antolatzeko idazten dutela diote batzuek, beldurra gainditzeko. Denborari, besteei, norberari diogun beldurra. Norberaren errealitatea ezagutzeko, balora gaitzaten, geure burua eta gainerakoak aztertzeko, egungo errealitatearen berri emateko. Beste batzuek literaturaren alde ludikoa nabarmentzen dute, idatzi beharra babes bezala, ihesbide, jolas bezala edo, besterik gabe, hobekien egiten dakitena dela diote.

Ausartuko nintzateke esatera ideia, fikzioaren gaia, sortzen deneko unea, kontzientearen eta inkontzientearen arteko muga, sarritan, misteriotsua dela idazlearentzat berarentzat. Batzuek inspirazio edo trantze nozioa erabili dute –hitz benetan zehaztugabeak–, jan, amets egin edo lan egiten duen bitartean idazlearen barruan haziz doan ernamuin moduko bat, gero hitzen bidez bideratzen dena paperera. Irudiak, konparazioak, metaforak, baina, guztiarekin, iluntasunetik datorren zerbait betiere. Zein iluntasun? Geure baitan sumatzen duguna. Izan ere, beharbada idazle izatea guztiz ezaguna den zerbaitetan alde ezezagunak ikusteko gai izatea izango da, sortzaile izateko modu bat beste askoren artean. Iruditzen zait adierazteko berezko modua, barne mundua, imaginario pertsonala, estilo bat izatea dela garrantzitsua.

Bat adinean aurrera doa, eta harridura halako batez ohartzen da bere obre-

tan gero eta abere gehiago agertzen direla, nahiz eta berez ez naizen oso aberezalea. Beraz, onartu beharra dauka bat horrek aberetxo horiei mozorroa kentzea merezi duela, kareta kendu eta zer ezkutatzen duten begiratu, hau da, zergatik eta nola kamuflatzen naizen eta ageri den ene iluntasuna haien atzetik. Ene barne fauna, horrelaxe deitu diot azken aldi honetan. Eta, pazientzia baduzue, aurkeztu egingo dizuet, ohartuz joan naizen ordenan: apoa-arkakusoa-arrain gorria-elefantea-krokodiloa... Barne zoologikotxoa, horra:

Krokodriloa ohe azpian liburuak gazte bakarti baten depresiorako bidea kontatzen du; berak baino ikusten ez duen eta elikatzeko zapatak eman behar dizkion krokodilo bat aurkituko du ohe azpian. Umore kutsuz idatzia, kontua itsusiagotuz joango da protagonista bere bakardade eta angustiaz konturatuz doan neurrian. Harik eta maitasunak, nire beste ipuin askotan bezala, irtenbidea eskaini eta muturreko egoerari leiho bat irekitzen dion arte. Eskuizkribu horrek urteak eman ditu nire kaxoian, aspaldian zegoen ia erabat idatzita, baina denbora hori guztia behar izan dut aurreko bertsioek ez zuten iruzkin bat –ia oharkabean dagoena– gehitzeko bukaerari. Protagonista maiteminez daukan neskak, aitortzen dionean berak ere baduela krokodilo bat ohe azpian –eskumuturreko erlojuak jaten dituena, hain zuzen–, eskuizkribuak luzaroan itxaron duelako bakarrik idatzi ahal izan dudan zerbaitez ohartarazten du protagonista:

-Orain zure krokodiloa desagertu egin da. Baina krokodiloa itzuli egingo da.

Krokodiloa itzuli egingo da.

Izan ere, beharbada, krokodiloa, gure neurosiaren metafora, garena izatera garamatzana baita hain zuzen ere, geure onenaren eta txarrenaren sorburu, ilunarena, oraindik idaztera garamatzanarena... Eta, beharbada, hortxe dago idazten jarraitzeko motibaziorik handiena: literaturak bizitzen laguntzen baikaitu, gure buruarengandik defenditzen baikaitu. Besteak beste.

TAILERRAK

ARAZOEN IRTENBIDEA.

IÑAKI ARRIZABALAGA *, GORKA PEREZ**
* Burlatako Adimen Osasun Zentroa.
** Eguneko Ospitale Psikiatrikoa. Iruña.

Arazoen irtenbideen entrenamenduaren teknika pasa den mendeko 50eko hamarkadan sortu zen. Psikopatologiari aplikatzen hasi zitzaion, jokabide desadaptatiboak konpetentzia soziala osatzen duten trebetasun eta gaitasun defizientzien ondorio zirela kontsideratzen hasi zelako. Horregatik, pertsonek arazoen irtenbideak modu eraginkorrago batean bilatzeko modua zein izan zitekeen planteatzen hasi zen.

Diziplina ezberdinetan aztertu da (heziketa, industria, ikerketa, klinika) zer egiten duen pertsona batek arazo bati irtenbidea bilatu behar dionean. Azkenik, arazo bati aurre egitean gizabanakoek zer egiten duten azaltzen duen modelo deskriptiboa sortu da.

Hori guztia kontuan edukiz, aipatutako teknika sintoma kliniko nahiz azpiklinikoen tratamenduan erabiltzen hasi da (herstura, depresioa, estresa, fobia, agorafobia, dependentzia, senar-emazteen arteko sesioak…). Zenbait arazori irtenbidea bilatzeko orduan, oztopo jakin batzuk aurkituko ditugula onartzen da. Oztopoak hauen ondorio izango dira: anbiguotasuna, ezjakintasuna, exijentzia kontrajarriak, errekurtso falta edo nobedadea.

Arazoa egoera jakin baten eta desiratutako helburuen arteko aldea da. Helburu hauek estresagarri izango dira, lortzen zailak eta pertsonaren ongizatearentzat garrantzitsuak badira. Pertsona bakoitzak bere historia pertsonala du, bere esperientzia zama darama eta testuinguruko egoera bakoitzari sentibera izango da maila batean edo bestean. Estresagarri jakin batzuk daude, kuantifikatu ere egin direnak, baina ezagutu beharra dago beti egoera horri aurre egiten dion pertsonaren errealitatea.

Arazoa gertaera bakar bat edo egoera kroniko bat izan daiteke. Egoera gatazkatsuak ingurunean edo pertsonaren barrenean (helburuak, konpromisoak, beharrak) gerta daitezke. Baina beti, pertsonen arteko harreman berezi batekin egingo dugu topo.

Arazo sozialei irtenbidea bilatzea prozesu metakognitibo bat da; prozesu honen bidez, gizabanakoak alde batetik bere arazoen funtsa ezagutzen du eta, bestetik, aldaketaren bat eragiten saiatzen da. Aldaketa hau gatazkatsua izaten ari den egoeraren gainean edo egoera horri erreakzionatzeko moduaren gainean egingo da.

Arazoei irtenbidea bilatzea egoera gatazkatsu bati irtenbide eraginkor bat bilatzea izango da. Arazo bat konpontzeko aukeratutako irtenbidea martxan jartzean zenbait baldintza izan behar dira kontuan:

- Arazoen irtenbideak burutzeko gaitasuna

- Afrontamendurako exeekuzioa: horretarako exekuzioa bera burutzeko gaitasuna, inhibizio emozionalarekin erlazionatutako arazoak eta defizit motibazionalekin eta errefortzuarekin erlazionatutako arazoak baloratu beharko dira.

Beraz, irtenbidea egoera gatazkatsuaren funtsa edo erreakzio emozional negatiboak aldatzen dituen erantzun bat izango da. Irtenbide hori positiboa izango da ondorio positiboak (etekinak) handitu eta negatiboak (kostuak) gutxitzen baditu.

Garrantzitsua da zenbait puntu kontuan izatea:

- Gizakia gaitasun kognitibo konplexuak dituenez eta gizarteak burutzen dizkion etengabeko eskaeren ondorioz, arazoen irtenbide bilatzaile aktiboa da.

- Oreka psikologikoa, arazo interpertsonal nahiz intrapertsonalei irtenbidea bilatzeko trebetasunarekin erlazionatzen da.

Zenbait gaitasun kognitibo nahiz konduktualek erreakzio emozionalean eta oreka psikologikoan dute eragina: arazoa fokatzeko gaitasuna eta arazoekiko sentikortasuna, irtenbide potentzialak sortzeko gaitasuna, ekintza bakoitzeko ondorioak aurreikusteko gaitasuna, arazo gatazkatsu bati aurre egiterakoan nola erreakzionatu erabakitzeko modua.

ARAZOEN IRTENBIDEEN ENTRENAMENDUAREN HELBURUAK

- Erreakzio emozional negatibo bat sortzen ari den bai iraganeko bai gaur eguneko egoera estresagarriak identifikatzen lagundu.

- Erreakzio emozional horrek etorkizuneko afrontamendu saiakeren gainean izan dezakeen eragin negatiboa gutxitu.

- Eguneko egoera gatazkatsuei aurre egiterakoan, bilatutako irtenbideen eraginkortasuna handitu.

- Arazoei modu eraginkorragoan aurre egiteko trebetasun berriak erakutsi, perturbazio psikologikoak saihesteko asmoz.

Esku-hartzea honetan datza: bai iraganeko bai gaur eguneko egoera estresagarriak aldatzean, egoera horiei emandako erantzun desadaptatiboak (perturbazio psikologikoak) aldatzean, edo biak batera burutzean.

Funtsezkoa da kontutan hartzea pertsona batek arazoei irtenbideak bilatzeko duen gaitasun orokorra (arazoen irtenbiderako oinarrizko prozesuak ezagutu

eta ulertu) eta arazoen irtenbideak martxan jartzeko duen gaitasuna (ezagupen hori bizitza errealeko arazo zehatzei irtenbideak bilatzeko erabili).

ARAZOEN IRTENBIDEEN PROZESUA

Arazoen irtenbide eraginkor batek beren artean interakzioan dauden bost prozesu osatu behar ditu. Prozesu horietako bakoitzak kontribuzio zehatz bat eskaintzen dio arazoen irtenbide eraginkorrari. Prozesu horiek honakoak dira:

1. Arazorako orientabidea
2. Arazoaren definizioa eta formulazioa
3. Irtenbideak sortu
4. Erabakiak hartu
5. Hartu den erabakia praktikan jarri eta egiaztatu

1. ARAZORAKO ORIENTABIDEA

Arazorako orientabidea, prozesu motibazional edo "orientazio erantzunen" multzo bat da eta pertsona batek egoera gatazkatsu bati lehenengo aldiz aurre egiterakoan sortzen diren erreakzio kognitibo-konduktual-afektiboak errepresentatzen ditu.

Orientazio erantzun hauen barrenean hauek sartzen dira: a) arretarekin loturiko zenbait alderdi (arozoekiko sentiberatasuna) eta b) eguneroko arazoei buruzko eta norberak arazoei irtenbideak bilatzeko gaitasunei buruzko sinismen, uste, balorazio eta espektatiba orokorren multzoa.

Multzo kognitibo hau garapen nahiz errefortzamendu baten historia pertsonal baten ondorio da batik bat. Afektu positibo eta afrontamendurako motibazio bat sortzen badute, arazoei irtenbideak bilatzea erraztuko dute. Aldiz, afektu negatibo edo ebitaziorako motibazio bat sortzen badute, arazoei irtenbideak bilatzea inhibituko dute.

Horregatik, lehenengo pauso honen entrenamenduaren bidez, ahaleginak egingo ditugu pertsonek honako alorretan hobera egin dezaten:

- Arazoak era egokian identifikatu eta antzematen
- Hautemandako autoefikazian
- Arazoak izatea normala eta saihestezina dela ulertzen eta arazoen irtenbidea haiei aurre egiteko modu bideragarri bat dela ulertzen.
- Antzeko egoeren esperientzietan oinarritutako erantzun automatikoak erabiltzeko joera apurtzen.

Arazo bat arazo gisa definitzeak egoera bati modu inpultsibo edo automatikoen bidez erantzuteko joera inhibitzeko balio du.

Funtsezko garrantzia du arazo ezberdinen identifikazio eta sailkapen egokia egiteko gaitasunak garatzea. Prozesu hori errazteko, zerrendaren teknika erabiltzea lagungarri izan daiteke. Teknika honen bidez, bizitzeko alor ezberdinetan bizi izan dituzten edo gaur egun bizi dituzten egoera gatazkatsu pertsonalak azter ditzaten eskatzen zaie.

Ezinbestekoa da pertsonak onar dezan arazoak normalak eta saihestezinak direla baina era egokian aurre egiteko aukera badagoela. Role-playing teknika erabiltzea eraginkorra izan daiteke, eta horretan kontrako jarrera defendatzea eskatzen zaio. Terapeutak arazoekiko sinismen edo jarrera zehatz bat errepresentatzen du (adb. pertsona guztiek ez dute problemarik, arazoak izatea erotasunaren sinonimo da…), eta pazienteari eskatzen dio sinismen hori irrazional, ilogiko edo okerra dela frogatzen duten arrazoiak eman ditzan.

Modu berean, pazienteei zera irakasten zaie: emozioak arazo bat gertatzen ari den seinale edo adierazgarri gisa erabiltzen.

Lehenengo pauso honen helburua, beraz, bizitzako arazoekiko joera positibo bat hartzen laguntzea izango da. Horrela lortuko da arazoen irtenbiderako gainontzeko pausoetan eta eginbeharretan inplikatzeko motibazioa handitzea.

2. ARAZOAREN DEFINIZIO ETA FORMULAZIOA

Helburua arazo gatazkatsuaren ezaugarriak ebaluatzea eta helburu edo helmuga errealisten multzo bat identifikatzea izango da. Honako eginbeharretan oinarritzen da:

- Arazoari buruz eskura dugun informazioa eta gertaerak bilatu.

- Gertaeren deskripzio argia, anbiguotasunik gabe.

- Bereizi zein den informazioa garrantzitsua eta zein ez, gertaera objektiboak eta inferentziak, ikasi bereizten zer den uste hutsa edo frogatu ez den interpretazioa.

- Arazoen irtenbidean helburu errealista sail bat sortu.

"Ikerketa pertsonalaren erreportaria"-ren teknika erabiltzen da eta haren bidez informazioa jaso, hizkuntza konkretua erabili eta gertaerak inferentzia eta usteetatik bereizten dira. Bost galdera mota erabil daitezke (Nor, zer, noiz, zergatik eta non) hizkuntza zehatza erabiltzeko asmoarekin eta informazio nahasketaren eta distortsioaren probabilitatea gutxitzeko asmoarekin.

Galdera hauek erantzuteko momentuan, eragiten egon litezkeen distortsioak lantzen dira.

Lortu nahi lituzketen helburu zehatzak planteatzen irakatsi behar da. Helburu horiek errealistak eta eskuratzeko modukoak izan behar dute.

Azpihelburuen identifikazioa ere lantzen da; azpihelburu horiek helburu orokorra lortzeko aurreko pausoak izango dira.

Helburuak zehazterako orduan bi motatako helburuak bereiziko dira: arazoari zuzendutako helburuak eta emozioari zuzendutakoak. Lehenengoak arazoaren beraren aldaketa errealekin erlazionaturik egongo dira, egoera alda daitekeen kasuetan. Bigarrenak, aldaezinak bezala definitutako arazoek sortutako ondoeza gutxitzearekin erlazionaturik egongo dira.

Arazo zehatz baten inguruan, helburuak lortzen uzten ez duten oztopoak identifikatzea garrantzi handikoa da (nobedadea, ezjakintasuna, estimuluaren eskaera gatazkatsuak, errekurtso falta eta beste muga pertsonal nahiz ingurunekoak).

Gatazkak zehaztu ondoren, zenbaitetan helburuen berrebaluazioa egitea beharrezkoa izaten da.

3. IRTENBIDEAK SORTU

Prozesu honen helburu orokorra arazoari zuzendutako ahalik eta irtenbide gehien sortzea izango da. Horrela, handitu egingo da irtenbide eraginkorrenak identifikatzeko probabilitatea.

Irtenbideak sortzerakoan "ideia-zaparrada" (brainstorming) teknika erabiliko da. Teknika honek hiru lege nagusi ditu:

- Kantitatearen printzipioa. Gero eta alternatiba gehiago izan, orduan eta kalitate oneko irtenbide eraginkorrak sortzeko probabilitatea handiagoa. Printzipio honek berdin balio du arazoari zuzendutako nahiz emozioari zuzendutako helburuetan.

- Epaiketarik ez egitea. Edozein aukeraren balorazioa erabakiak hartzeko faserako uzten da.

- Aniztasunaren printzipioa. Bizpahiru ideiari mugatu beharrean estrategia edo fokapen mota anitzak bilatzea eskatzen da. Irtenbide mota ezberdinak pentsa ditzaten eskatzen zaie. Horiek beti termino zehatzetan eta anbiguotasunik erabili gabe definitu beharko dira.

4. ERABAKIAK HARTU

Fase honetan, alternatiba zehatz bat benetan praktikan jarriko balitz suertatuko liratekeen ondorio potentzial anitz identifikatzen ikasten du. Irtenbide batek sortuko lituzkeen ondorio positibo nahiz negatiboen zerrenda bat sortu behar da. Zerrenda horretan epe motzeko nahiz luzeko ondorioak eduki behar dira kontuan, baita ondorio pertsonalak eta sozialak ere.

Irtenbide eraginkorrak ondorio positiboen kopuru handia eta ondorio negatiboen kopuru txikia dutenak izango dira.

Ondorio pertsonalak, norberaren ongizate emozionalean eragina dituztenak….

Honakoa estimatzen irakasten da:

- Alternatiba jakin batek helburu bat modu eraginkorrean lortzeko duen probabilitatea.

- Pertsona batek irtenbidea modu zuzenean aurrera eramateko duen probabilitatea.

Alternatiben balorazioa egin eta gero, potentzialki behar bezain eraginkorrak izango diren alternatiba gutxi daudela kontsideratzen baldin bada, prozesuan atzera egin eta informazio gehiagoren bila joateko aukera dago.

Behar bezain eraginkor izango diren alternatiba ezberdinak identifikatzen badira, alternatiben konbinazioa erabili ahal izango da arazoari aurre egiteko.

5. HARTU DEN ERABAKIA PRAKTIKAN JARRI ETA EGIAZTATU.

Azken pauso honen barrenean honako eginbeharrak barne hartzen dira:

- Aukeratutako irtenbidea martxan jarri behako da. Hori ezinezkoa balitz, aurreko pausoetan atzera egitea egongo da irtenbide alternatibo bat bilatu ahal izateko edo oztopoak gainditzen lan egitea izango du.

- Praktikan jarritakoaren eta lortutako emaitzen autobehaketa.

- Autoebaluazioa: arazoaren irtenbidean, ongizate emozionalean, erabilitako denboran eta esfortzuan, kostuen eta etekinen arteko aldean, ongizate pertsonal-sozial orokorrean.

- Laburpena eta birziklajea. Lortutako erantzunaren eta espero zen erantzunaren arteko aldea behar bezalakoa ez baldin bada, arazoen irtenbidearen prozesuan atzera egin beharko da, egin beharreko zuzenketak egiteko eta, horrela, irtenbide eraginkorragoa lortzeko.

KONTSIDERAZIO KLINIKOAK

Esku hartu bitartean azalpen didaktikoak egin ez ezik, erabili ahal izango den modua egokitu beharko da.

Adibide argigarriak erabili beharko dira, eguneroko bizitzaren gertakizunetan oinarritutakoak.

Ahaleginek egingo ditugu jorratzen ari garen gaia prozesu hotz, arrazional eta baliogabea izan ez dadin pazientearentzat.

Motibazio falta edo inhibizioa bezalako egoerei aurre egiteko estrategiak garatu beharko ditugu. Halaber, ezinbestekoa da teknika eta esku-hartze prozesua behar bezala definitu eta antolatzea.

Beste egoera gatazkatsu batzuetarako ere balio izan dezan, saioen artean etxerako lanak erabiltzea gomendatzen da.

BIBLIOGRAFIA

D'Zurilla T.J. Terapia de resolución de conflictos. Edit. Desclee De Brouwer (Biblioteca de psicología) Bilbao 1993.

Tom Carnwath y David Miller. Psicoterapia conductual en asistencia primaria: Manual práctico. Edit. Martinez Roca (Biblioteca de Psicología, Psiquiatría y Salud. Barcelona 1989.

Gualberto Buela-Casal, Vicente E. Caballo (compts) Manual de psicología clínica aplicada. Edit. Siglo Veintiuno de España Editores, S.A. (Manuales Psicología) Madrid 1991.

Francisco Labrador y Angel García Alvarez. Principios y aplicaciones de las terapias de conducta. Edit. Debate (colección universitaria) Madrid 1981.

Gerald Corey. Teoría y prácticas de la terapia grupal. Edit Desclée De Brouwer (Biblioteca de Psicología) Bilbao 1995.

J. Garcia Campayo, L.M. Claraco Vega, P. Tazón, y L. Aseguinolaza. Terapia de resolución de problemas: Psicoterapia de elección para atención primaria. Atención Primaria vol. 24 Num10. Diciembre 1999.

ELKARRIZKETA MOTIBAZIONALA

ANA ARILLO *, MAITE AYARRA **.
* Txantreako Osasun Etxea. Iruña.
** Uharteko Osasun Etxea.

Osasun profesionalen artean, betebehar garrantzitsuenetariko bat pazienteen portaera osasungarriak bultzatzea da, bai haien osasun maila hobetzeko, bai gaixotasunak saihesteko. Ohi denez, eginkizun hau informazio bidez betetzen da, hau da, ongi informatutako pertsona batek bizitza tankera osasuntsuagoak izaten ditu.

Hala ere, informazio hutsa, nahiz eta ona eta pertsonalizatua izan, ez da nahikoa izaten pazienteengan aldaketak eragiteko. Elkarrizketa motibazionalaren bidez hauxe bilatzen da: pazientearengan zentratuta, hari erreparatuta, osasuntsu ez diren portaerei eta azturei buruzko miaketa eginez, kontraesanen gainetik konponbideak bilatzen laguntzea. Beste alde batetik, osasun arriskuez jabetzeaz gain, ahaleginak egiten dira pazienteak gaitasunak eskura ditzan.

Oro har, honelako elkarrizketa oso interasgarria da osasun profesionalentzat, elkarrizketa motibaziolak mesede egiten dielako beren osasun mentalean**,** kontuan izanik profesionalen gogobetetasuna handitu eta ezintasun-sentimenduak baretzen dituela.

Osasuntsua ez den aztura edo portaera bat aldatu ahal izateko, oso garrantzizkoa da pazienteak berak deserotasuna sentitzea bere buruarekin, zeren, nolabait ere ez zaio gustatzen bere portaerarekin, ez du "egin nahi" egiten duena. Lortzen baldin badugu pazientea askoz ere kontzienteagoa izatea, aldatzen lagunduko diogu eta, ondorioz, ordaindu beharreko prezioa ez zaio hain mingarria gertatuko.

Protagonista pazientea da eta gu haren aldatzeko prozedura errazten dugun pertsonak izan gaitezke. Sortzen dugun harreman motaren arabera, aldaketa onerako edo txarrerako izan daiteke. Jarrera enpatikoek mesede egiten diete aldaketa-joerei, eta alderantziz, jarrera itxiek eta zurrunek azturen aldaketak eragozten ditu.

Egon badaude ikas daitezkeen eta lagungarriak diren zenbait teknika ere, hala nola narraziorako sostengua, sinesmen eta emozioen miaketa edota zalantzak eta problemak onartzea ikastea. Horretaz gain, badira profesionalen zenbait ezaugarri eta gaitasun, elkarrizketa motibazionala bideratzeko oso inportanteak direnak: enpatia, xalotasuna, emozio hurbiltasuna eta zintzotasuna eta egiazaletasuna.

JAKOBSON-EN METODOA.

ANA KARIÑENA. (EGOKITZAILEA)
Txantreako Osasun Zentroa. Iruña.

BESOEN ERLAXAZIOA

Etzan zaitez ahal duzun erosoen. Utzi zure besoak zure gorputzaren alde banatan, lasai-lasai. Itxi begiak, lasaitu zure muskuluak ahalik gehiena. Ez erreparatu ezeri ere: bakar-bakarrik nire ahotsa eta gorputzean sentitzen dituzun sentsazioak... Itxi orain eskuineko eskumuturra, bakarrik eskumuturra itxi eta estutu, gehiago estutu. Ohartu zer-nolako tentsioa duzun horrela estutzen duzun bitartean. Sentitu zure eskuineko eskumuturreko presioa, zure eskuan, zure besoan... Orain zure eskuineko behatzak lasaitzen utzi, mantso-mantso, poliki... Erreparatu sentsazioen kontrasteari…

Orain, egizu gauza bera ezkerreko eskumuturrean. Itxi ezkerreko eskumuturra, gorputzeko beste parteak atsedenaldian dauden bitartean. Estutu gehiago eta tentsioa sentitu... Orain lasaitu... Ohartu zaitez nolakoa aldea dagoen. Desberdintasuna. Ohar zaitez muskuluak nola doazen lasaitzen geroz eta gehiago. Lasaitasuna sumatu. Segi eskuak lasaitzen, besoa gero eta gehiago… Orain besoak bildu, ukondoak tolestu eta paratu bizepsak tentsioan, indarrez tentsioan paratu eta sumatu sentsazioak.... Ongi dago, luzatu besoak, utzi lasaitzen mantso-mantso eta erreparatu nolako aldea dagoen... Nagusitu dadila lasaitasuna... Ohartu zer-nolako sentzazioak dituzun besoak zurruntzen dituzunean eta lasaitzen dituzunean.

Orain luzatu besoak, ahal den eta urrutiena eraman nahian bezala, luzatu zure besoak pixka bat gehiago eta senti ezazu tentsio hori.... Orain lasaitu. Itzul daitezela besoak beren onera, postura erosora. Har dezatela atsedena. Ohar zaitez lasaitasunak ematen dizun sentsazio atsegin horretaz.... Utz ezazu zure besoak lasaitzen, gehixeago lasaitzen utzi.... Senti ezazu oraindik gehiago lasaitasun hori.

AURPEGIAREN, GARONDOAREN, SORBALDAREN ETA BIZKARRAREN ERLAXAZIOA

Besoetako lasaitasun hori galdu gabe, senti ezazu zure aurpegia. Bekainak igo, ahal duzun gehiena, senti ezazu tentsioa zure kopetan, lokietan. Segi horrela, mantendu... Lasai itzazu orain, utzi jaisten zure bekaianak geroz eta gehiago... gehiago... Senti ezazu nola leuntzen diren zure kopeta eta buruko azala la-

saitasuna nagusitzen doan neurrian... Orain, elkartu bekainak, kopeta ilundu eta zurrundu... askatu orain tentsio hori.... kopeta malgutu pixka bat, gehixeago... Orain begiak itxi eta estutu geroz eta gehiago. Senti ezazu tentsio hori... Lasaitu orain begiak, lasaitu daitezela orain zure betazalak, utzi lasai gero eta gehiago... arrunt ongi... Begiak goiko aldera eraman, goraxeago... Tentsioa bilatuz... eskuinaldera eraman... Gehiago.... Behealdera orain.... Tentsioa sentitu... Ezker aldera orain... Utz itzazu zure begiak atsedenean... Utzi betileak lasaitzen, erortzen... gehiago, gehixeago... Senti ezazu zer goxoa den lasaitasuna... Orain, ezpainak estutu elkarren kontra... Gehiago, gehixeago... Tentsioaz ohartu... lasaitu... pixka bat gehiago, askatu... Mingaina ahosabaiaren kontra paratu... Tentsioa bilatu... Ongi dago, utzi mingaina erortzen eta dagoela lasai... arrunt ongi. Orain hortzak estutu, estutu matel-hezurrak. Tentsioan paratu. Aldi berean, ezpainak irribarre bortxatuan bezala jarri, erosoa ez den tentsio hori, matel-hezurretakoa, masailetakoa, lokietakoa... Askatu aurpegia poliki-poliki, zure matel-hezurrak, zure masailak, zure lokiak… Begira ezazu zein nolako kontrastea dagoen, oraingo lasaitasunaren sentsazio atsegina eta arestiko tentsio nekagarria. Utzi zure ezpainak zabaltzen pixkana-pixkana... Sentitu lasaitasuna zure aurpegian... zure kopetan.... zure buruko azalean.... zure begietan... zure matel-hezurretan, zure masailetan.... zure mingainean.... Gehitzen doa lasaitasuna... Orain, lepoko muskuluei egin kasu. Estutu burua atzeko aldera ahal duzun gehiena eta senti ezazu tentsioa lepoan... Jira ezazu eskuinetara eta sentitu nola jartzen den tentsioa alde hartan... Orain beste aldera… Sentitu tentsioa. Erdi aldera eraman orain eta utzi zure burua atsedenean...

Arrunt ongi. Bota burua aurreko aldera, kokotsa bularraren kontra zapaltzen duzun bitartean... Sentitu tentsio hori, zurruntasuna. Utzi burua lehengora itzultzen, bila ezazu oraindik ere jarrera erosoagoa eta atsedenean utzi... Ohar zaitez lepoko muskuluak eta garondokoak lasaituak daudela, atsedenean... Senti ezazu lasaitasuna. Zabal dadila lasaitasun hori, hedatu dadila. Orain erreparatu sorbaldei. Utzi erortzen... beherago, arrunt ongi. Sorbaldak bularraren aurrean eraman hurbildu nahian bezala, tentsio hori sentitu, eutsi... Orain utzi atsedenean... muskuluak lasaitu oraindik gehiago... arrunt ongi. Orain, eraman sorbaldak atzeko aldera bizkarra okertzen duzun bitartean, tentsio ez atsegin hori sentitu eta orain, lasai, zure gorputzaren pisu guztia erortzen utziz... Utzi erortzen gehiago... Jaitsi gehixeago zure sorbaldak horrela, arrunt ongi... Senti ezazu lasaitasunaren sentsazio atsegina bizkarreko muskulu guztietan... Utzi zure sorbaldetara zabaltzen... lepora... garondora... matel-hezurretara... masailetara... mingainera... ezpainetara... begietara... kopetara.. lokietara... arrunt ongi.

URDAILAREN, BULARRALDEAREN ETA SABELALDEAREN ERLAXAZIOA

Sentitu erlaxazioaren eragin erosoa. Hartu lasai hatsa, arnasa. Ohar zaitez nolako lasaitasuna sartzen zaizun arnasa hartzen duzun bitartean... Arnasa bo-

tatzean senti ezazu lasaitasun hori. Orain birikak haizez bete-bete egin eta arnasari eutsi bota gabe 1...2...3... Senti ezazu tentsioa... Orain bota ezazu arnasa poliki-poliki, gutxika, birikak hustu arte. Bultza ezazu urdailarekin ere... Eta eutsi arnasarik gabe 1...2...3...

Orain arnasa hartu lasai eta gustura... Ikusi nola doazen askatzen bularraldeko muskuluak... Senti ezazu zein atsegina den arnasa horrela hartzea, eroso, libre.... Utz ezazu airea sartzen eta ateratzen libreki, ohartu arnasa horrela hartzen duzun bitartean erlaxazioa sakonagoa egiten joaten dela. Orain sabelaldeko edo urdail aldeko muskuluei erreparatu. Zurrun itzazu, uzkurtu urdaileko muskuluak. Sabelaldea ere estutu. Sabela gogortu. Tentsio horretaz ohar zaitez... eta lasaitu...

Utzi muskuluak lasaitzen eta kontrasteaz ohartu... Konparatu muskuluen erlaxazioak dakarren sentsazio atsegin hau eta arestiko tentsioa.

Orain urdaila eta sabelaldea kanpoaldera okertu... Tentsioari eutsi... Ikusi zein atsegina den muskuluak askatzea, eta urdaila eta sabelaldeko muskuluak lasaitzea.

Jarraitu arnasa normal hartzen, xuabe, eta senti ezazu bularraldea, urdaila, eta sabelaldea ongi izatearen sentsazioa...

Utzi tentsioa joaten lasaitasuna handitzen doan neurrian... Arnasa hartzen duzun aldiro, ohartu nolako lasaitasuna sentitzen duzun bai biriketan bai urdailean. Lasaitu... Lasaitu gehixeago... Bizkarreko behealdea... Goiko aldea... Utzi lasaitasuna urdail aldera zabaltzen... Bularraldea... Besaburuak, sorbaldak... Besoak... eta aurpegia. Lasaitu alderdi guztiak gehixeago... gehixeago...

ALDAKAREN, IZTERRAREN ETA ORKATILAREN ERLAXAZIOA, GORPUTZ OSOARENA IZATEKO

Orain hankei eta oinei erreparatu. Eraman oinen puntak aurpegi aldera, zangoak bildu gabe, belaunak tolestu gabe eta oinetako tentsioaz ohartu. Orkatiletan... Zangoetan... Izterretan... Ipurdialdera eta aldaka aldera.... Kendu tentsio hori, oinak lehengo posizio erosoan utziz. Arrunt ongi... Senti ezazu nola lasaitzen diren muskulu guztiak.

Orain ahalik urrutiena luzatu oinak eta hankak, tentsioa sentitu... mantendu... muskuluak lasatu, hankek eta oinek postura erosoa hartzen duten bitartean. Senti ezazu oinetako behatzetako erlaxazioaren sentsazio goxoa... oinak... orkatilak... hankak... izterrak... Ipurtaldeak... Aldaka... Estomaka ere bai... Gerria... Bizkarraldeko beheko partea... lasaitu gehiago… senti ezazu lasaitasuna zure gorputz osoan... Bizkarraldeko goiko aldean... bularraldean... sorbaldak eta besoak... behatz puntaraino iritsiz. Sartu lasaitasun sakonagoan. Ziurtatu zure lepoan ez dagoela inongo tentsiorik, lepoa lasaitu... Matel-hezurrak eta aurpegi aldeko muskulu guztiak... Segi gorputz osoa lasaitzen.... horrela....lasaitasuna

mantendu, ongi... arrunt ongi... Arrunt lasai gelditzen ari zara, baina oraindik ere lasaitasun handiagoa lor dezakezu. 10 arte kontatuko dut eta gero lasaitasun handiagoa lortuko duzu... bat...bi... Lasaitasuna handituz doa... hiru... lau... zure beso eta hankak arrunt lasaituak nabari dituzu… bost... aurpegiko muskuluak oso lasai eta libre daude... sei... zazpi... garondoa eta lepoa atsedenean eta eroso... zortzi... zure bularraldea, sabelaldea eta urdaila lasai, lasai daude, bizkarra eroso, tentsiorik gabe.... bederatzi... zure gorputza osoa lasai dago, arrunt lasai. Hamar... Arrunt ongi.

KOMUNIKAZIOAK

ALZHEIMERRA DUTEN GAIXOEN ETA EZINTASUNIK SORTZEN EZ DUTEN PATOLOGIAK DITUZTEN ADINEKO PERTSONEN ZAINTZAILE INFORMALEN BEHAR PSIKOSOZIALAK. ANALISI KONPARATIBOA.

IDOIA ARANBURU *, ANA IZQUIERDO, IDOIA ROMO.
* Txagorritxuko Ospitalea. Gasteiz.

SARRERA

Pertsona bat urtetan zaintzea nekagarria izan daiteke. Arazo fisiko, psikologiko edo emozionalak, sozialak eta ekonomikoak eman ditzake. Askotan zaintzaileek –gehienetan emakumea, 50 urtetik 65era bitarteko etxeko andrea– gaixoari kasu egitea dute eginkizun nagusia, norberaren beharrei erreparatu gabe.

Ikerketa honen helburua bi talderen arteko konparazioa egitea da. 1. taldea Alzheimer edo beste dementzia mota bat duten gaixoen zaintzaileez osaturikoa da; eta 2. taldea ezintasunik sortzen ez duten patologiaren bat duten adineko pertsonen zaintzaileez osaturikoa. Helburua desberdintasunak bilatzea da hauei dagokienez: depresioa, familiaren lan karga, egoerari aurre egiteko estrategiak, eta laguntza sozialak.

MATERIAL ETA METODOAK

73 zaintzailek parte hartu zuten lagin gisa ikerketa aurre-esperimental ex post facto honetan. 42 Alzheimerra edo beste dementzia zuten gaixoen zaintzaleak ziren; 31, ezintasunik sortzen ez duten patologia kronikoa zuten adineko pertsonen zaintzaileak ziren. Beasaingo, Ordiziako eta Legazpiko herrietan egin zen lana. Osakidetzako Gipuzkoa Mendebaldeko eskualdean kokaturiko herriak dira. Sei tresna desberdin erabili ziren: depresio geriatrikoaren eskala, familiaren lan karga neurtzen duen eskala, egoerei aurre egiteko eskala, laguntza sozialen mailak, laguntza sozial subjetiboaren eskala eta osasun laguntza.

EMAITZAK

Lagina gehienbat emakumez osaturikoa izan zen, ezkonduak, batik bat etxeko lanen jardunetan zebiltzanak. Adina, batez beste, 57 urtekoa. Batez beste 15 urte zeramatzaten familiartekoak zaintzen. Desberdintasun estatistiko garrantzitsuak ikusi dira bi taldeen artean familiaren lan karga deitu dugun aldagaian; lan zama handiagoa dute Alzheimerra edo beste dementzia mota bat duten gaixoen zaintzaileek (x = 61,14) beste taldekoek baino (x = 49,42). Tendentzia bera ageri da bi taldeetan arazoei aurre egiteko estrategia aktiboen arloan. "Depresioa" aldagaiari dagokionez, batez bestekoa 7 baina handiagoa da, neurrizko afektazioa adieraziz. Beste aldagaietan, arazoei aurre egiteko estrategia pasiboan eta laguntza sozialean, ez da desberdintasun estatistiko adierazgarririk ageri.

ONDORIOAK

Alzheimerra edo beste dementzia motaren bat duten gaixoen zaintzaileek lan karga familiar handiagoa dute beste taldearen aldean. Zaintzaileak, oro har, deprimituak egoten dira. Arazoei aurre egiteko estrategia bai aktibo eta pasiboak erabiltzen dituzte, eta laguntza formalaren behar handiagoa dute laguntza informalarena baino.

BIBLIOGRAFÍA

Perez TJM, Alda AJ, Labarta MJ. El síndrome del cuidador en los procesos con deterioro cognoscitivo (demencia). Atención Primaria 1996; 18(4):82-98.

Martorell MA, Burjales MD, Jiménez MF. Dinamica familiar y enfermedad crónica. Demencia tipo Alzheimer. Rev Gerontol 1996; 6:48-52.

Ubeda BI, Roca RM, Garcia VL. Presente y futuro de cuidadores informales. Enfermería Clínica 1998; 8(3):116-21.

Zarit SH, Todd PA, Zarit JM. Subjetive burden of husbands and wives as caregivers:a longitudynal study. Gerontol 1986; 26(3):253-9.

ALZHEIMERREN GAIXOTASUNAREN NEUROFISIOLOGIA

LOREA IMIRIZALDU, OLATZ OLAZIREGI, ION ALVAREZ, L. GONZALEZ, M.L. ALVAREZ, IÑAKI GARCIA DE GURTUBAY.
Neurofisiologia Klinikoko Zerbitzua. Bideko Ama Birjina Ospitalea. Iruña.

SARRERA

Alzheimerren gaixotasuna da dementzia mota arruntena, % 10-15eko prebalentziarekin.

Gaixotasunaren bilakaera:

Hasieran, azkenaldiko oroimenaren galera, informazio berria egokitzeko zailtasuna eta kontzentrazio gabezia.

Pixkanaka, adierazpen eta hizkuntza ulermenerako zailtasunak, praxi aldaketak eta leku-denbora nahasteak.

Amaierarako nortasun aldaketak, burubide eskasia, delirioak, agresibitatea, depresioa, afasia, alexia, apraxiak, ikuste agnosia etab.

Behin betiko diagnostikorako garun laginaren azterketa beharrezkoa denez (autopsia edo biopsia), soilik probabilitate diagnostikoa egin ohi da, hainbat markatzaile biologiko eta anatomikoez lagundurik.

Tratamendua aringarria besterik ez da.

HELBURUAK

Neurofisiologia klinikoko zerbitzu batean Alzheimerren gaixotasunaren diagnostikorako eta bilakaera aztertzeko egiten diren teknikak eta emaitzak aztertzea.

METODOAK

Elektroentzefalograma: Garuneko aktibitate elektrikoaren erregistroa da, buruazalean jarritako elektrodoekin neurtua. Parametro jakin batzuk bete behar dira.

Potentzial ebokatuak: Azaleko elektrodoak erabiliz jasotzen diren erantzun bioelektrikoak dira, nerbio- edo zentzumen-errezeptore zenbait estimulatuz sortzen direnak (entzumena, ikusmena, zentzumena).

Gertakizun batekin ebokatutako barne potentzialak: Dementzian gehien erabiltzen direnak, prozesamendu kognitiboari lotuta baitaude. Haietan eragin handia du gaixoak jartzen duen arretak:

- P300: arreta, zentzumen oroimena eta bereizketa kontzientea aztertzen ditu.

- N400: hitzak oroimenean duen irudiaren adierazpena aztertzen du.

Erreakzio denbora: pertsona batek estimulu baten aurrean erantzuteko behar duen denbora da.

Hutsegiteen kopurua: agindu bikoitz bat hainbat aldiz betetzerakoan egindako akatsen kopurua neurtzen da.

EMAITZAK

Teknika hauek honelako emaitzak dituzte Alzheimerren gaixotasunean:

- EEG: aktibitate elektrikoa moteldua.

- Ikusmeneko Potentzial Ebokatuak: Latentzia handitua.

- Potentzial somatosentsorial ebokatuak: Normalak.

- P300: tamaina gutxitua eta latentzia handitua.

- N400: tamaina gutxitua.

- Erreakzio denbora: handitua.

- Hutsegite kopurua: handitua.

ONDORIOAK

Teknikak ez dira mingarriak eta ez dute zailtasun tekniko handirik.

Alzheimerren gaixotasunaren diagnostikorako bilakaeraren azterketarako baliagarriak dira.

BIBLIOGRAFIA

López OL, Dekosky ST. “Neuropatología de la enfermedad de Alzheimer y del deterioro cognitivo leve”. REV NEUROL 2003; 37(2): 155-163.

Launer LJ, Andersen K, Dewey ME, Letteneur L, Ott A, Amaducci LA,

Brayne C, Copeland JRM, Dartigues JF, Kragh-Sorensen P, Lobo A, Martínez-Lage JM, Stijnen T, Hofman A. “The EURODEM Incidence Research Group and Work Groups: Rates and risk factors for dementia and Alzheimer´s disease. Results from EURODEM polled analyses”. NEUROLOGY 1999; 52:78-84.

Calderón-González PL, Parra-Rodríguez MA, Llibre-Rodríguez JJ, Gutiérrez JV. “Análisis espectral de la coherencia cerebral en la enfermedad de Alzheimer”. REV NEUROL 2004; 38(5): 422-427.

Quiroz-G. YT. “N400: una medida electrofisiológica del procesamiento semántico”. REV NEUROL 2003; 36(12): 1176-1180.

Moretti DV, Babiloni C, Binetti G et al. “Individual análisis of EEG frecuency and band power in mild Alzheimer´s disease”. CLIN NEUROPHYSIOL 2004; 115: 299-308.

Pijnenburg YAL y cols. “EEG synchronization likelihood in mild cognitive impairment and Alzheimer´s disease during working memory task”. CLIN NEUROPHYSIOL 2004; 115: 1332-1339.

Niedermeyer E, Lopes da Silva F. EEG and dementia. En: Urban and Schwarzenberg editors. ELECTROENCEPHALOGRAPHY. Baltimore-Munich 1992; 309-310.

Chiappa KH. Endogenous Event-Related Potentials. En: Lippincott-Raven editors. EVOKED POTENTIALS IN CLINICAL MEDICINE. Philadelphia 1997; 529-543.

ADIMEN GAIXOTASUNA PAKEAKO BAJETAN, 1999-2004

ESKARNE ZUBERO, ANDONE LARREA.
Lan Istripu eta Gaixotasun Profesionaletako Gizarte Segurantzaren Mutua - Pakea. Pasaia.

SARRERA

Adimen osasunaren galerak ez du eragin handirik hilkortasunean baina sufrimendua eta ezintasuna sortzen du, lanerako ezintasuna besteak beste. Komunikazio honetan adimen gaixotasunak (AG) sortzen duen lan ezintasunaren deskribapena egin nahi dugu.

MATERIALA ETA METODOA

Mutualitateek 1997. urtean lan ezintasun ez profesionalaren ardura hartu zuten. 1999tik hona Pakean baja ez profesionalentzako aplikazio informatiko bat dago. Bajak gaixotasunari buruzko informaziorik gabe iristen dira. Gero erizainak langileari deitu eta medikuarentzako zita jartzen dio. Orduantxe jakiten da zein den gaixotasuna eta kodetu egiten da GNS-9aren bidez. Bajarako diagnostiko nagusia AG ez bazen, ez da kontuan hartu kasu hori, nahiz eta AGak eragina izan eta prestazioa luzarazi; hau da AG ez da kontuan hartu bigarren diagnostikoa baldin bazen. Lan honetan AGak multzoan hartu ditugu, gaixotasun guztien artean nolako proportzioa diren erakusteko.

EMAITZAK

Gizonezkoen artean, bajaren lehen zergatia gaixotasun muskulu-eskeletikoak dira (% 32,6), lesioak bigarrena (% 19,5) eta AGak hirugarrena (% 11,2). Emakumezkoen artean, berriz, haurdunaldiko gaixotasunak dira bajaren lehen arrazoia (% 30,0), gaixotasun muskulu-eskeletikoak bigarrena (% 25,6) eta AGak hirugarrena (% 13,7). Adinari dagokionez, gizonezkoen artean baja gehienak 55 urtetik gorakoek hartzen dituzte (% 30,0). Emakumezkoen artean, aldiz, baja gehienak 35 urtetik beherakoek sortzen dituzte (% 34,3) haurdunaldiak batez ere adin tarte horretan gertatzen baitira. Oro har, emakumeek maizago dituzte AGeko bajak (% 13,7) gizonek baino (% 11,2). AGeko bajak tarteko adi-

netan gertatzen dira sarriago: 35-44koen artean (% 14,4) eta 45-54koen artean (% 14,3). Bajaren iraupenari dagokionez, bi sexuetan goranzko joera sumatzen da. Sei hilabetetik gorakoetan % 30,3 dira AGengatik emakumezkoen artean eta % 17,4 gizonezkoetan. Kotizazioaren erregimenari dagokionez, erregimen orokorrekoek AG izateko arrisku handiagoa dute (% 13,1) autonomoek baino (% 8,1). Bestalde, 1999tik hona AGak ez du joera aldaketarik azaldu, proportzioa egonkor mantendu baita.

KONKLUSIOAK

AGa baja guztien hirugarren kausa da kopuruari dagokionez. Baja luzeetan presentzia handiagoa du gainera. Tarteko adinetan gertatzen da maizago. Emakumeek arrisku handiagoa dute, batez ere baja luzeak egiteko. Autonomoen artean, berriz, gutxiago gertatzen da. Azken urteotan proportzioa ez da handitu, ezta murriztu ere.

Ondorioz, arreta handiagoa eman beharko litzaioke AGari oinarrizko osasun laguntzan eta adimeneko osasun zentroetan.

BULARREKO ETA BESTE ORGANO BATZUETAKO MINBIZIAREN EPIDEMIOLOGIA GENETIKOA EUSKAL HERRIAN: ISONIMIA METODOLOGIARI BURUZKO IKERKETA.

JESÚS DELGADO NARANJO, A. PLAZAOLA ALTZERREKA, C. RODRÍGUEZ ANDRÉS.
Prebentzio Medikuntza eta Osasun Publikoa Saila, Euskal Herriko Unibertsitatea.

SARRERA

Minbizia oso prozesu konplexua da. Bularreko minbiziaren etiologian bi atal aurkitzen dira. Lehenengo atala gure ingurumenari dagokiona da. Beste atal bat genetikoa da. Genetikoki, bularreko minbiziari buruz, gene asko agertzen dira bibliografian. Beste alde batetik, gene horien erlazioa ez da bakarrik bularrarekikoa; aitzitik, beste organo batzuekin ere lotuta daude gene horiek. Horregatik, gaurko egoeraren deskribapena da geneak eta organo askoren minbizia denak lotuta daudela genetikoki. Euskal Herrian ez da ikerketa asko egin gai honi buruz, eta momentuz ez dakigu zein diren gene garrantzitsuak eta haien erlazio erabakigarria bularreko eta beste organo batzuetako minbizian.

MATERIAL ETA METODOAK

Gure metodologia Isonimia izan zen. Isonimia populazio bateko estruktura genetikoa aztertzeko metodoa da. Isonimia metodologian populazioan agertzen diren abizenak erabiltzen dira, parametro genetikoak kalkulatzeko eta herentzia biologikoaren probabilitateak kalkulatzeko.

Lan hau lortzeko 12.046 emakume aztertu ziren. Emakume guztiak Euskadiko Minbiziaren Erregistroan sartuta zeuden. Aztertutako minbiziak organo hauetakoak ziren: hestegorria, urdaila, kolona, ondestea, gibela, behazun-xixkua, pankrea, laringea, birika, hematopoiesi sistema, azala, bularra, umetokia, umetokiko lepoa, obarioa, maskuria, giltzurruna, entzefaloa, tiroidea eta sistema linfatikoa.

Euskadiko Bularreko Erregistroko datuak populazio orokorraren datuekin alderatu ziren. Konparazio hori egiteko, populazio orokorraren lagin bat erabili

genuen. Lagin horretan 151.721 emakume zeuden: 20.642 Arabakoak, 82.910 Bizkaikoak eta 48.169 Gipuzkoakoak.

EMAITZAK ETA ONDORIOAK

Isonimiari buruzko analisi genetikoak zera ondorioztatu zuen: i) populazio orokorra eta populazio onkologikoaren artean dauden diferentzia genetiko altuenak, bularreko, umetokiko lepoko, entzefaloko eta umetokiko minbizian daudela. ii) Bularreko minbiziaren populazioaren eta obarioko minbiziaren populazioaren arteko distantzia genetikoa beste minbizi batzuena baino txikiagoa dela. iii) Bi kluster genetiko aurkitu genituela: bata, obarioko minbiziaren populazioaren inguruan, eta bestea bularreko minbiziaren populazioaren inguruan. iv) Emaitza eta ondorio hauek ulertzeko BRCA1 eta BRCA2 geneetan pentsatu behar dugula. Hala ere, gene hauek ez dira garrantzitsuenak; badira beste gene batzuk haien funtzioa egiten ari direnak, baina oraindik ere ezin ditzakegu aurkitu.

BIBLIOGRAFIA

DELGADO, J. Epidemiología Genética del Cáncer ligado a BRCA1, BRCA2 y otros genes de susceptibilidad al Cáncer de mama en el País Vasco. Estudio basado en análisis de la estructura genética mediante Isonimia. Euskal Herriko Unibertsitatea, argiltapen zerbitzua 2004 ISBN 84-8373-676-4.

CROW J.F. MANGE A. P. Measurements of inbreeding from the frequency of marriages between persons of the same surnames. Eugen Q 1965; 12:199-203.

RELETHFORD J. H. Estimation of Kinship and genetic distance from surnames. Hum Biol. 1988; 60: 475-492.

FISIOBERRIK: GIZA FISIOLOGIAKO PRAKTIKETARAKO EUSKARAZKO MATERIAL DIDAKTIKOA SORTZEARREN MULTIMEDIAREKIN IZANDAKO ESPERIENTZIA

ELENA DÍAZ EREÑO *, JOSI SIERRA ORRANTIA **, JAVIER GIL GOIKURIA *, ROSA MARÍA ARIN LAKIDAIN *, GORKA LARRINAGA ENBEITIA **, ASIER VALDIVIA PALACÍN *****, ADOLFO VARONA GUTIÉRREZ *, SUSANA GIL OROZKO ***, JON IRAZUSTA ASTIAZARAN *, JUDIT RODRÍGUEZ ******, AITOR SAINZ LETE ******, ELIXABET URRESTARAZU ******.**

* Fisiologia Saila. Medikuntza eta Odontologia Fakultatea. Euskal Herriko Unibertsitatea.
** Leioako Erizaintza Eskola. Euskal Herriko Unibertsitatea.
*** Soin Hezkuntzako Euskal Erakundea. (SHEE – IVEF).
**** Hezkuntza Saila. Eusko Jaurlaritza- IKT programa.
***** Donostiako Erizaintza Eskola. Euskal Herriko Unibertsitatea.
****** Medikuntza eta Odontologia Fakultatearen lehenengo zikloko ikasleak.

HELBURUAK

Komunikazio honetan zera aurkeztu nahi dugu: EHUko irakasle talde batek teknologia berrien laguntzarekin, material didaktikoa euskaraz sortzeko multimediarekin izandako lan esperientzia, proiektuaren helburuak hauek izan dira:

- Baliabide didaktiko berriztatzaile bat sortzea euskaraz, multimedia digitalean, fisiologia ikasteko, eta era berean irakasteko prozedurak hobetzeko helburuarekin.

- Irakasleek ingurune digitalak (testualak eta multimedia) trebetasunez erabiltzeko behar dugun prestakuntza jasotzea.

- Ikasleak, irakaskuntzako materialen eta ikasketaren hartzaileak diren aldetik, proiektuaren garapenean eta ebaluazioan parte hartzea.

GARATUTAKO EDUKIAK ETA LORTUTAKO EMAITZAK

1. Irakasleen Prestakuntzarako antolatu ditugun ikastaroak bost unitate didaktikotan banatu ditugu. Saio presentzialetan zein birtualetan aritu gara (http://cv.ehu.es). Dena euskaraz egin da.

2. Sortutako material didaktikoa, orain aurkezten duguna (CD-ROM). Fisiologia praktiketarako.

Esplorazio kardiobaskularrari buruzko informazioa landu dugu, batez ere praktika klinikoan erabiltzen diren ohiko teknikak: 1- Bihotzeko Auskultazioa. 2-. Elektrokardiograma. 3.- Presio arteriala. 4.- Ziklo-ergometroarekin egindako proba kardiobaskularrak: Astrand Testa eta Esfortzu proba.

Landutako informazio teorikoa zein praktikoa nabigatuz erabiltzeko diseinatu da. Halaber, soinu interaktiboekin, animazioekin eta multimediako baliabideekin. Printzipioz, bi erabilera didaktiko ikusten ditugu: irakasleentzako klasean erabiltzeko baliabide gisa eta ikasleentzako auto-ikaskuntzarako baliabide gisa (klasetik kanpo ere bai).

3. Ikasleen parte-hartzea: lan taldea garatu dugu, irakasleak eta ikasleak koordinatuz, eta hurrengo ekintzetan hartu dute parte:

-informazioaren bilaketak, bideoen grabazioetan aktore bezala parte hartzea eta aukeratutako testuen itzulpen lana.

ONDORIOAK

Taldea gehiago kohesionatu da eta irakaskuntzan teknologia berriak erabiltzeko eta euskarazko materialak sortzeko grina sortu zaigu.

Multimediako baliabideak erabiltzeak hezkuntza prozesuari arlo berri bat zabaltzen dio, eta aldaketak dakarzkio irakasteko zein ikasteko erari.

Ikasleak lan didaktikoetan inplikatzen direnean, banatu egiten dira ardurak eta gora egiten du motibazioak.

Denbora eta baliabideak behar ditugu multimedia prozedurak ikasteko eta aplikatzeko.

PILOTARIEN ALDAKAKO PATOLOGIA

SUSANA GIL */, ELI HIJONA **, ZULEMA FERNANDEZ ***, JOSE A. LOPEZ ***.**
* Errendimendu Handiko Saila, Soin Hezkuntzako Euskal Erakundea, EHU.
** Basurtuko Institutu Medikoa, EHU.
*** Galdakaoko Ospitalea, Erradiodiagnostikoko Zerbitzua, Osakidetza.

SARRERA

Ariketa fisiko moderatuak ez du aldakako artrosirik (koxartrosia = KA) sortzen; aldiz, tenisean eta futbolean aritzeak bai. Inpaktu handiko eta tortsio mugimenduek giltzaduraren kartilagoaren eta kartilagoaren azpian dagoen hezurraren lesioa eragin dezakete.

Proiektu honen helburua, pilotan urte askoan aritzearen eta aldakako koxartrosiaren arteko erlazioa argitzea izan zen.

METODOAK

27 pilotarik (batez besteko adina 52,8) eta kontrolerako 37 pertsonak hartu zuten parte (batez besteko adina 58,9). Kontrolerako pertsonak urografia egitera joaten ziren eta ez ziren inoiz pilotan ibiliak. Koxartrosi klinikoa neurtzeko Lequesne-ren galdeketa eta Ameriketako Erreumatologia Elkargoaren (ARC) irizpideak erabili genituen. Era berean, pelbiseko erradiografietan hauek neurtu genituen: giltzaduraren tarterik txikiena (KA = 2.5mm), Kellgren-en eskala (KA = 2) eta Croft-en indizea (KA = 3). Parte-hartzaileek jakinaren gaineko baimena sinatu zuten eta Etika Batzordeak onartu egin zuen ikerketa. SPSS programarekin studen-t testa eta chi karratua erabili genituen.

EMAITZAK

6 pilotari ez ziren jadanik pilotan aritzen aldakan mina zutelako, gainontzekoek oraindik jokatzen zuten. Kontrolerako pertsonen % 8,1ek mina zuten aldakan; ordea, pilotarien % 46,2k ($p<0.001$). Mina, batez ere, partidak jokatu eta gero izaten zuten, eta jokatu ondoko egunean edo bi egunetan. Pilotarien erdiek eskumako aldakan zuten mina, % 41,6k ezkerrean eta % 8,3k bietan.

Klinikoki jokalarien % 38,4k (n=10) izan zuten koxartrosia; kontrolerako pertsonen artean, aldiz, % 8,1ek (n=3) ($p<0.01$). Pilotarien % 19,2 betetzen zituzten ARC-ren koxartrosiaren irizpideak. Erradiografietan koxartrosia zuten jokalarien kopurua kontrolerako pertsonena baino altuagoa zen, bereziki eskumako aldakan.

ONDORIOAK

Pilotarien artean koxartrosia izateko arrisku handia dago. Antza denez, eskumako aldakak arrisku handiagoa du. Sintomatologia larriagoa da erradiografietan dauden aldaketak baino. Izan daiteke kartilagoaren, eta batez ere, kartilagoaren azpian dagoen hezurraren trastornoa; hezurreko hematoma alegia; horrela, mina partiden ondoren agertzen da. Ikerlan gehiago behar ditugu koxartrosiaren eta kirol honen arteko erlazioa ezagutzeko.

BIBLIOGRAFIA

Buckwalter JA, Martin JA (2004). Sports and osteoarthritis. Curr Opin Rheumatol 16(5) : 634-9

Bollet AJ (2001). Bone marrow edema and pain in osteoarthritis. Annals Int Med 134(7) : 591-2

Hart D, Spector T (1995). The classification and assessment of osteoarthritis. Bailli Clin Rheumatol 9(2) : 427-32

Ikerlan hau Eusko Ikaskuntzaren (2000) diru laguntzarekin egin zen.

65ETIK GORAKOEN HERIOTZA-TASAREN IKERKETA EUSKADIN. (1986-2001)

ARRATE PLAZAOLA, JESUS DELGADO, CARLOS RODRIGUEZ.
Prebentzio-Medikuntza eta Osasun Publikoko Saila, EHUko Medikuntza Fakultatea.

SARRERA

Orain dela gutxi arte ez zen egiten adineko biztanleriaren heriotza-tasari buruzko ikerketarik, zeren zahartzaroan hiltzea normaltzat edo logikotzat hartzen baitzen. Baina, ikusten ari dena (eta Euskadin gauza bera gertatzen ari dena) hau da: heriotza-tasaren joera egindako proiekzio guztiak hausten ari dela. Horregatik, 65etik gorako herritarren osasun egoeraren ikerketa oso garrantzitsua bihurtu da.

MATERIAL ETA METODOAK

Helburuko populazioa: Euskadin 1986tik 2001era bitartean 65 urte edo gehiago izanda hil diren gizon-emakumeak. Autonomia Erkidegoak eta INEk adostutako Hiltzeko Zergati Nagusien Zerrenda Laburrarekin sailkatuta. Eusko Jaurlaritzako Osasun Sailaren Heriotza-tasaren Erregistroak hildako 204.579 kasuren informazioa eman zigun eta EUSTATek helburuko populazio tamaina, herrialdeka, adinka, urteka eta generoka. Datu horren analisiarekin Heriotza-tasa Espezifikoak kalkulatuko dira, Poisson Erregresioan oinarritutako Adin-Periodo-kohorte modeloak eraikiz.

EMAITZAK

Heriotza-tasa orokorra jaitsi egin da, gehienbat, ikertutako denboran, zirkulazio sistemako gaixotasunen arriskua jaitsi egin delako. Minbizien kasuan tasa eta hiltzeko arriskua mantendu egin dira, eta gizonen kasuan gehitu egin da.

ONDORIOAK

Ondo jokatzen ari gara zirkulazio sistemako gaixotasunen prebentzioan, eta era berean jarraitu beharko dugu. Bestetik, minbiziaren kasuan, edo

gero eta jende gazteagoa ari da gaixotzen edo gehitu egin da gaitz horri buruzko heriotza-tasa.

BIBLIOGRAFIA

Clayton D., Schifflers E., "Models for temporal variation in cancer rates A: Age-Period-Cohort Models". Statistics in Medicine 1987, vol.6, 449-467.

Clayton D., Schifflers E., "Models for temporal variation in cancer rates B: Age-Period-Cohort Models". Statistics in Medicine 1987, vol.6, 469-481.

Wunsch G., Monchart M., Duchêne J., "Moddelling Survival and Death". 2002 Kluwer Academic Publishers.

Rodríguez Andrés, C. Et al," Análisis de la Evolución de las Principales Causas de Mortalidad en Personas Mayores de 65 años, de la Comunidad Autónoma del País Vasco (1986-2001)". Diciembre 2003(submited).

NORTASUNAREN EZAUGARRIAK ETA SUIZIDIO AHALEGINAK NERABEETAN

MAIALEN ARÍSTEGUI AGUIRRE, CRISTINA INIESTA OZCARIZ, ARANTZA MUGIKA EIZMENDI, MAIER RODRIGUEZ ZABALETA, ARÁNZAZU FERNÁNDEZ RIVAS, MIGUEL ÁNGEL GONZÁLEZ TORRES.
Psikiatria Zerbitzua, Basurtoko Ospitalea, Bilbo.

HELBURUAK

Ideiagintza eta xede suizidak dituzten nerabeen nortasunaren dimentsio/ezaugarriak aztertzea.

Ideiagintza eta xede suizidak dituztenen eta ez dituztenen nortasunen arteko desberdintasunak aztertzea.

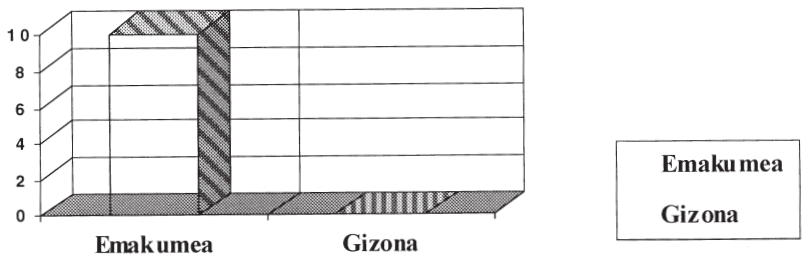
METODOA

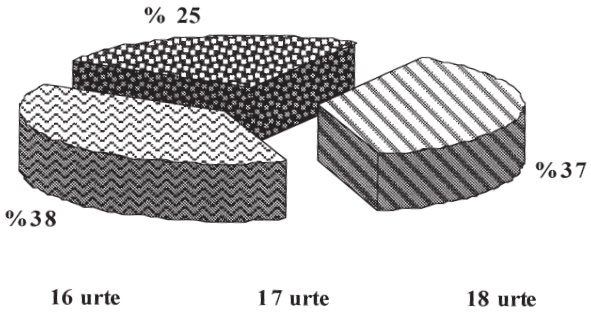
Ideiagintza eta xede suizidak dituzten 9 gaixoko taldea.

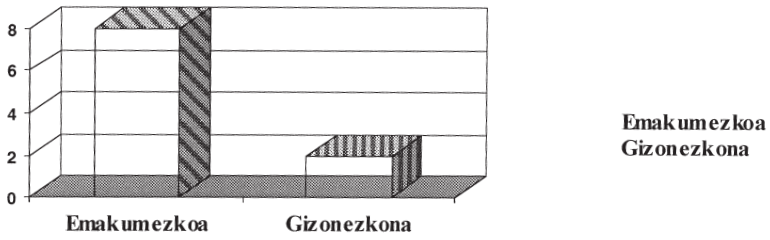
Ideiagintza eta xede suizidarik ez duten 5 gaixoren _uicida taldea.

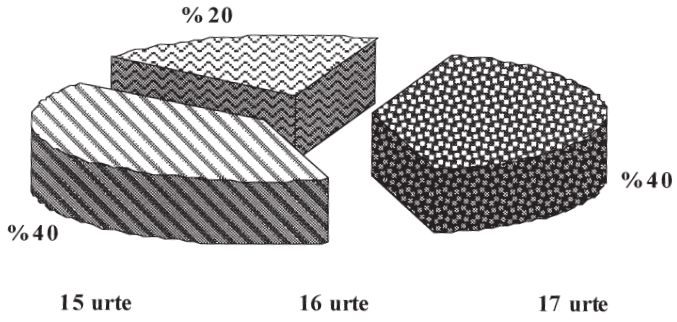
Erabilitako eskalak:

- Nortasunari buruzko Eysenck-en galdera sorta, berrikusia (EPQ-R)
- Depresioari buruzko Beck-en inbentarioa (BDI)
- Beck-en etsipen eskala (H
- Xede suizidari buruzko Beck-en eskala (SIS)
- Ideiagintza _uicidaren eskala (SSI)









EMAITZAK

Taula I

	Pearson korrelazioa	Signifikazio edo esanahia
EPQ-R Hunkiberatasuna. Depresiorako Beck-en eskala	0.931	0.01
EPQ-R Hunkiberatasuna. Etsipenerako Beck-en eskala	0.835	0.019
EPQ-R Kanporakotasuna. Etsipenerako Beck-en eskala	-0.790	0.035

Taula II

	Batez bestekoaren aldea	Signifikazio edo esanahia
EPQ-R GOGORTASUNA	11.91	0.032

ONDORIOAK

Ez da antzematen aztertutako nortasunaren dimentsioaren eta ideiagintza/xede suiziden arteko lotura zuzenik.

- Lotuak daude hunkiberatasuna eta kanporakotasuna (nortasunaren ezaugarri bezala), eta atsekabetasuna eta depresioa.

- Bibliografian, depresioa eta batez ere etsipena, suizidioan funtsezko garrantzia duten eragile bezala deskribatzen dira. EPQ-Ren, gogortasunaren puntuazioan alde adierazgarriak antzemanten dira bi taldeen artean. Honek zera adierazi nahi du: Ideiagintza eta xede suizidak dituzten gaixoek honako ezaugarri hauek dituztela:

* Harreman interpertsonaletarako arazoak.

* Agresibitatea eta etsaitasuna adierazteko zailtasunak.

* Gogoetarik egin gabe jokatzeko joera, arriskuaz arduratu gabe.

* Jokaera-nahasteak.

* Enpatia gutxi agertzeko joera.

Lortutako datuek aditzera ematen dutenez, nortasunaren ezaugarri batzuk lotuta daude depresioaren eta etsipenaren dimentsio batzuekin, eta dimentsio horiek arrisku faktore moduan jokatu dezakete, gaixo hauen bilakaeran eta pronostikoan eraginez.

PARKINSONEN GAIXOTASUNA ETA LUDOPATIA

OLGA MAISTERRA *, L. IMIRIZALDU **, X. PAGONABARRAGA *, B. PASCUAL ***, A. GIRONELL ***, J. KULISEVSKY ***.**
* Neurologia Zerbitzua, Nafarroako Ospitalea. Iruña.
** Neurofisiologia Zerbitzua, Bideko Ama Ospitalea. Iruña.
*** Unitat de Trastorns del Moviment, Servei de Neurologia, Hospital de Santa Creu i Sant Pau. Bartzelona.

SARRERA

Parkinsonen gaixotasuna (PG) hainbat portaera aldaketarekin lotuta dago, adibidez ludopatiarekin. PG-ren tratamenduan emandako dopaminak sisteman nigro-estriatuan du eragin handiena; baita sisteman mesolinbikoan ere, baina gehiegizko modu batean, izaera-arazoak garatuaz.

GAIXOAK ETA METODOAK

PG eta ludopatia zituzten lau gaixo aurkezten ditugu, Bartzelonako Sant Pau Ospitalean ikusiak:

1. kasua: 69 urte, gizonezkoa. PG-ren hasiera 13 urtetan. Tratamenduan L-Doparekin. Orain dela 3 urte, diskinesiak agertu zirenez, pergolida eta entakapona gehitu zitzaizkion. Haien ondorioz, ludopatia garatu zuen.

2. kasua: 64 urte, gizonezkoa. PG duela 24 urte. Tratamendua L-Doparekin eta kabergolinarekin. Azken honekin ludopatia agertu zen. Gaixotasuna kontrolaezina zenez, kirurgiarekin saiatu ginen. Kirurgiaren ondoren mugimenduan hobera egin zuen, baina ludopatia ez zen konpondu.

3. kasua: 45 urte, emakumezkoa. Pergolidarekin hobera egin du gaixotasunak, baina ludopatia eta gaixotasun obsesibo-konpulsiboak garatu zituen.

4. kasua: 57 urte, emakumezkoa. PG agertu eta handik 9 urtera, ludopatia garatu zuen. Momentu horretan mugimendu arazo garrantzitsuak zituenez, ropinirolarekin tratamenduan zegoen; eta horrek eragin zuen portaera hori agertzea.

Kasu guztietan honako erabakia hartu zen: PG-rako erabiltzen diren medi-

kamentuak dosiak jaistea, farmako psikoaktiboaren dosia handitzea eta psikoterapia.

ONDORIOAK

1. Edozein farmako dopaminergikok (L-dopa, agonista dopaminergikoak, apomorfina) ludopatia eragin dezake.

2. PG goiztiarra eta konplikatua duten gaixoetan maizago agertzen da.

3. Beste hainbat portaera aldaketarekin ere lotura izan dezake (gaixotasun obsesibo-konpulsiboa, L-doparekiko menpekotasuna, hipersexualitatea, kleptomania etab.)

4. Ludopatia eta beste arazo hauen tratamenduan PG-rako medikamentuak egokitu eta psikoterapia gehitu behar dira.

BIBLIOGRAFIA

Molina JA, et al. Pathologic Gambling in Parkinson's disease: A behavioural manifestation of pharmcologic treatment? Mov. Disorders 2000; 15: 869-872.

Evans A, et al. Punding in Parkinson's disease: its relation to the dopamine dysregulation syndrome. Mov. Disorders 2004; 19: 397-405.

Kurlan R. Disabling repetitive behaviors in Parkinson's disease. Mov. Disorders 2004; 19: 433-436.

Givannoni G, et al. Hedonistic homeostatic dysregulation in patients with Parkinson's disease on dopamine replacement therapies. J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry 2000; 68: 423-428.

ENTZUMEN BIDEAREN P300 POTENTZIAL KOGNITIBO EBOKATUA. METODOLOGIA, ZENTZU FUNTZIONALA ETA ERABILERA

M.O. ARECHAGA, OLATZ OLAZIREGUI, J. URRIZA, IÑAKI GARCÍA DE GURTUBAY.
Bideko Ama Birjina Ospitalea. Iruña.

Entzumen bidearen P300 potentzial ebokatua, bi soinu desberdinen sekuentzia baten, bietako bati arreta jarriz lortzen den potentzial kognitiboa da. Horretarako, proba egiten ari zaion pertsonari soinu mota bat agertzerakoan botoi bat sakatzea edo soinu horiek zenbatzea eskatzen zaio. Sumatutako soinuak potentzial ebokatu nabarmen bat sortzen du elektroenzefalogramaren area zentro-parietalaren inguruan, aktibatu egin diren neurona taldeen ondorioz.

Funtzionalki potentzial horren eragiketaz ohartzeko, memoria sentsorialaren eta jakinaren gaineko diskriminazioaaren funtzioek hartzen dute parte.

Bere erabilera klinikoa nahiko murriztua dago, balio normalen aldakortasuna dela eta. Hala eta guztiz ere, beste erabilera batzuen artean, potentzial kognitibo honek Hiperaktibitatearen eta Arreta Falta Sindromearen (TDAH) erantzun terapeutikorako balio du, betiere arreta hondatuta daukate azpitaldean. Tratamendurik gabe ez dute P300-ik sortzen, bai aldiz anfetaminak hartu ondoren.

P300-ren erabilerari buruzko zenbait kasu adierazgarri aurkezten ditugu.

ESKLEROSI ANIZKOITZA. BEHARRAK IDENTIFIKATZEN

ISABEL ELORZA *, ANA GORDOA **, XABIER HUITZI *, IKERNE URIA **.
* Erizaintza II. Euskal Herriko Unibertsitatea. (UPV-EHU)
** Donostia Ospitalea.

SARRERA

Lan honen bidez esklerosi anizkoitza duten pertsonen beharrak identifikatu eta erizaintza-diagnostikoak formulatu nahi dira, hots, Gipuzkoan esklerosi anizkoitza dutenak nola bizi diren, zein behar dituzten eta gaixotasunera egokitu diren ala ez ikertu nahi da. Hori egitea baliagarria izango da gizatalde horren diagnostikoak egiteko eta pertsona horiei eman beharreko erizaintza-zainketak antolatzeko. Hala, bigarren pauso batean, pertsona horiei kalitatezko zainketa integralak emateko eta bizi-kalitatea hobetzeko ahalegina egin daiteke.

MATERIAL ETA METODOAK

Zeharkako ikerketa epidemiologikoa. Donostia Ospitaleko Neurologia Zerbitzuan esklerosi anizkoitzaren diagnostikoa duten gaixoek osatu dute populazioa (N: 272). Multzo horretatik 30 kasuko lagina hartu da, zoriz aukeratua. Badaezpada, elkarrizketa egitea lortzen ez zen kasuetarako, 30 ordezko aukeratu dira, zoriz haiek ere. Ordezkoen ordezkoak ere aukeratu dira (beste 30).

Virginia Hendersonek proposaturiko 14 Beharren Ereduaren arabera antolatutako galdeketa erabili da. 2004ko otsailean, martxoan eta apirilean egin dira elkarrizketak.

EMAITZAK

20 pertsona elkarrizketatzea lortu da. Lagin horretan emakumezkoak % 65 dira eta gizonezkoak % 35. Esklerosi anizkoitza, batez beste, 31,7 urteko adinarekin diagnostikatu da eta, gaur egun, laginak duen batez besteko adina 46,5 urte da.

Beharrak aztertu ondoren, formulatu diren etiketa diagnostiko nagusiak on-

dorengoak dira: “ezagutzaren eskasia”, “moldaketaren hondamena” eta “osasuna sortarazten duen jarrera”.

Formulatu diren konplikazio potentzial nagusiak ondorengoak dira: “inkontinentzia (kakari eta pixkari eutsi ezina)”, “idorreria”, “paraplejia”, “ikusmen arazoak”, “ibilera”, “immobilizazioa” eta “insomnioa (lo hartu ezina)”.

ONDORIOAK

Esklerosi anizkoitzean adituak diren erizainen premia antzematen da, lan honetan agertutako erizaintza-diagnostikoak zein konplikazio potentzialak lantzeko. Espezialista horiek erreferente izan daitezke bai familientzat bai gainerako osasun profesionalentzat.

BIBLIOGRAFIA

Agirre J. Esklerosi anizkoitza. Elhuyar Z. eta T. 1993 76:14-17.

Bonfill E, Saez F, González E, Maldonado L. Educación sanitaria al paciente con esclerosis múltiple. Enfermería Científica 1997 Marzo-Abril; 180-181:50-52.

Campion K, Cole A. Multiple sclerosis. The role of the nurse. Nursing Times 1997; 93: 59-62.

Fernández O. Enfermedades desmielinizantes del sistema nervioso central. En: Farreras P, Rozman C, editores. Medicina Interna. Volumen I y II. 14 ed. Madrid: Harcourt; 2000. p. 1652-1662.

NANDA. Diagnósticos enfermeros. Definiciones y Clasificación 2003-2004. Madrid: Elsevier España; 2003.

Ikerlan hau egiteko Eusko Ikaskuntzaren 2003. urteko ikerketa-laguntza jaso dugu.

INFEKZIO ESTREPTOKOZIKOARI LOTUTAKO TIK KONPLEXUAK (PANDAS): KASU KLINIKO BATI BURUZ

ION ÁLVAREZ *, T. DURÁ **, M.E. YOLDI **, OLATZ OLAZIREGI *, Y. SALICIO *, LOREA IMIRIZALDU**.**
* Neurofisiologia Klinikoko Zerbitzua.
** Neuropediatriako Saila.
*** Mikrobiologiako Zerbitzua.
Bideko Ama Ospitalea. Iruña / Nafarroako Ospitalea. Iruña.

SARRERA

Tik motorea oharkabeko mugimendu labur, azkar, errepikakor eta kontrolagaitza da; tik fonatorioa bat-bateko ahoskatzean datza. Itxuraz nahigabe gertatzen dira baina, sarritan, denboraldi batez kontrola daitezke. Haurtzaroan azaldu ohi dira, sinpleak (bakarka) edo konplexuak (tik multzoa) izan daitezke eta inoiz urteak pasa ahala desagertzen dira. Tiken etiopatogenia ezezaguna da baina badaude ebidentzia immunologiko eta klinikoak, tik primario batzuk infekzio estreptokozikoarekin lotzen dituztenak. PANDAS deritzo Streptococcus pyogenes bakterioaren infekzioarekin lotutako desoreka neuropsikiatriko autoimmune pediatrikoari.

KASU KLINIKOA

13 urteko gizonezkoak zenbait muskulu multzori (betazalak, ahoa, lepoa eta sorbaldak) erasaten zioten tik motoreak zeuzkan, bizpahiru urtez geroztik, bilakaera irregularrarekin. Emozio-labilitatea eta ikasketa arazoak zituen. Aurrekari familiar eta pertsonalak interesik gabe. Ez zuen farmakorik hartzen. Azterketa fisiko eta neurologiko normalak, tikak salbu. Azterketa osagarriak: hemograma, biokimika eta tiroide-hormonak, normalak; Elektrokardiograma, toraxeko erradiografia eta ekokardiograma, normalak; Elektroentzefalograma normala; ASTO (antiestreptolisina-O) 1240 UI/mL (normala<200); faringe-frotis negatiboa. Penizilina bentzatinarekiko tratamendua hasi zuen eta, ondorioz, tikak desagertu zitzaizkion eta hobera egin zuen egokitze psikosozialak.

EZTABAIDA

Gaixoak tik motore konplexuak ageri zituen, pubertaroa hasi baino lehen. Gero aldizkako garapen kronikoa izan zuen, larriagotzeetan sintoma psikiatrikoekin lotuta; gainera infekzio estreptokozikoa izana zuen. Honela, PANDAS gaixotasunaren irizpide diagnostikoak betetzen dira.

ONDORIOA

PANDAS gaitzaren maneiua eztabaidagarria bada ere, penizilinarekiko tratamenduak izan ohi duen erantzun positiboak gaixoak S. pyogenesaren infekzioa izan ote duen bilatzera eraman beharko luke eta, ondorioz, profilaxi antibiotikoa probatu.

KANPTOKORNIA, GAIXOTASUN PSIKIATRIKOTIK ORGANIKOTASUNERA

OLATZ OLAZIREGI, LOREA IMIRIZALDU, M.O. ARECHAGA, IÑAKI GARCIA DE GURTUBAY, L. GILA, ION ALVAREZ, L. GONZALEZ.
Bideko Ama Ospitalea. Iruña.

Kanptokornia terminoak gorputz enborraren okerdura esan nahi du. Gaixotasun honetan gorputz enborraren flexio hau desagertu egiten da dekubito dortsalean, hau da, pertsona ahoz gora dagoenean etzanda. Zutik, berriz, handitzen da okerdura eta bipedestazioan gaixoak gorputz enborraren hiperestentsioa egiteko ezintasuna du. Ez da entitate kliniko bakartzat hartu behar, baizik eta sindrometzat eta "Bent Spine" sindrome izenaz ere ezagutzen da.

Jatorrian trastorno psikiatriko modura deskribatu izan zen soldadu gazteengan. Lehen eta Bigarren Mundu Gerran deskribatu zenean gihar-multzo parabertebral dortsolunbarraren ahulezia eta mina ziren ezaugarri nagusiak. Azken urteetan Kanptokornia gihar-multzo parabertebral dortsolunbarraren afektazioak eragindako zifosia izan daitekela ikusi da.

Síndrome honen etiologian trastorno psikiatrikoez gainera (konbertsiboa, neurosia), zenbait kausa organiko deskribatu dira:

- arazo neuromuskularrak (miopatiak -polimiositisa, miopatia fokalak-, distrofia neuromuskularrak, esklerosi lateral amiotrofikoa, miastenia gravisa).

- trastorno estrapiramidalak (Parkinsonen gaixotasuna, parkinsonismo postentzefalikoa, distonia fokalak, atrofia multisistemikoa).

- beste batzuk (farmakoen nahigabeko ondorio modura, paraneoplasikoa).

Kausa organikoa duten Kanptokornia kasuak pertsona helduengan gertatu ohi dira. Kanptokornia Buru Eroriaren sindromearekin (Dropped Head sindromea) loturik ager daiteke, nahiz eta oso arrunta ez izan gertaera hau. Prozesu patofisiologiko berdinen ondorioz gerta daitezkeela pentsatzen da.

Síndrome honek berararekin dakarren diagnostiko etiologiko zabala azaltzen dugu, historian zehar izan duen bilakaera errepasatuz, eta zenbait adibide erakutsiz.

LOAREN APNEA BUXAGARRIAREN SINDROMEA. KASU KLINIKO BAT

ESTIBALIZ GOIENETXE, ION ÁLVAREZ, ESOZIA ARROABARREN, J. CASCANTE*, JAVIER HUETO*, ANA ISABEL TABAR.
Alergologia Atala. Bideko Ama Birjina Ospitalea. Iruña.
* Neumologia Departamentua. Bideko Ama Birjina Ospitalea. Iruña.

SARRERA

Loaren apnea buxagarria (LAB) gizon helduen artean gertatzen da normalean, batez ere lodien artean. Populazio industrializatuaren % 2-4k jasaten du gaitz hau.

Loaldian zehar ordubeteko epean arnasbideak gutxienez 10 aldiz ixten zaizkio gaixoari, eta orduan, bakoitzean, 10 segundoko apneak izaten ditu. Ondorioz, gauean zurrunga eta iratzarraldi ugari izaten dute. Egunez, berriz, buruko mina, kontzentrazio falta, nortasunaren aldaketa eta logura jasaten dute.

HELBURUA

31 urteko gizonezko bat aurkezten dugu, zurrungaria, egunez logura jasangaitza, kontzentrazio falta eta astenia zeuzkana.

METODOA

Azterketa fisikoan: gorputz-masa indizea, lepoko diametroa, tentsio arteriala eta bihotzeko eta biriketako auskultazioa. Ahoa eta faringea ere aztertu ziren.

Proba osagarriak: toraxeko errradiografia, EKG, odol analisiak, esfortzuzko espirometria. Loaren poligrafía bi egoeratan: oinarrizko egoeran eta arnasbideetan presio positibo iraunkorra mantentzen duen aparatuarekin, CPAP).

EMAITZAK

Obesitatea eta poliglobulia zeukan. Loaren apnea-hipopnea sindrome larria diagnostikatu zitzaion, oximetrian eragin handia zuena (Orduko apnea-hipopnea

indizea: 89. Desaturazio indizea: 75 orduko. Oxigenoaren batez besteko saturazioa: % 74,5).

Handik hilabete batera CPAPan 10 cm-ko presioa jarriz, gero egin zitzaion poligrafia normalizatu egin zen, eta sintomak desagertu.

ONDORIOAK

Loaren apnea-hiponea sindromea oso maiz ematen den gaitza da.

Oso garrantzitsua da diagnostiko goiztiarra egitea hipoxiaren ondorioak gutxitzeko.

Pisua eta alkoholaren kontsumoa murriztuz hobera egiten dute askotan. Beste batzuetan, berriz, CPAP jarri behar izaten da.

MENDIKO ESKIATZAILEEN DIETA, LEHIAKETA AURRETIK ETA LEHIAKETA OSTEAN

ELENA DIAZ EREÑO *, FÁTIMA RUIZ LITAGO *, JAVIER GIL GOIKURIA *, AMAIA IRAZUSTA ASTIAZARAN **, JON IRAZUSTA ASTIAZARAN *, JAIME ZUBERO LINAZA *, SUSANA GIL OROZKO *.**

* Fisiologia Saila. Medikuntza eta Odontologia Fakultatea. Euskal Herriko Unibertsitatea.

** Erizaintza Eskola. Euskal Herriko Unibertsitatea.

*** Soin Hezkuntzako Euskal Erakundea (SHEE – IVEF).

HELBURUA

XXIX Copa de Regil (2004) proban parte hartu zuten mendiko eskiatzaileen lehiaketan izandako dietari buruzko azterketa.

MATERIALAK ETA PROZEDURAK

Parte hartu zuten 20 gizonezko lehiakide aztertu ditugu, 34.4 (+9.4) urterekin eta 73.7 (+9.4) kg-ko pisuarekin. Lehiaketa aurretik, bitartean eta ondorengo bi egunetan izandako dietari buruzko informazio zehatza jaso genuen. Horretarako, kirolariek, nutrizioari buruzko inkesta mota bat bete zuten 4 eguneko janari eta edari guztiari buruz. Jasotako datuak Alimentación y Salud (Mataix) programa informatikoarekin aztertu ditugu.

EMAITZAK

Lehiaketa osteko egunetan hartutatako kaloria kopurua nabarmen txikiagoa da. Lehiaketa aurretik 3454 Kcal eta lehiaketaren egunean 3473 Kcal, ondorengo bi egunetan 2513 eta 2669 Kcal hartzen dituzte.

Lehiaketa aurretik eta lehiaketaren egun berean hartzen duten proteina kopurua gomendatutakoa baino handiagoa da, 2.02 eta 1.66 gr/Kg-koa, hurrenez hurren. Gomendioaren azpitik gelditzen da hurrengo egunetakoa: 1.23 eta 1.38 gr/Kg-koa, hurrenez hurren.

Karbohidratoen kopurua kasu guztietan gomendatutakoa baino txikiagoa da eta nabarmen gutxitzen da lehiaketa ondorengo egunetan.

Gantzen kontsumoa oso altua da ikertutako lau egunetan, energiaren % 30etik gora alegia.

Azkenik, E bitaminaren kopurua nahikoa da lehiaketa aurreko egunean eta lehiaketaren egun berean (gomendiotik gora, % 170etik % 150era bitaretan) eta lehiaketa osteko egunetan oso baxua (% 76koa eta % 61ekoa).

ONDORIOA

Ateratako emaitza hauekin esan dezakegu kirolariek lehiaketa ostean gutxiago zaintzen dutela euren elikadura eta, aldi berean, gaizki egiten dutela modu egokian suspertzeko beharrezkoak diren mantenugaiak eta kaloria kopurua berreskuratzeko prozesua.

MEDIKUNTZA NUKLEARRAREN EKARPENAK MUGIMENDUAREN ALTERAZIOAK AZTERTZEKO

CARMEN ESTEBANEZ, A. ALBARRACIN, A. OTONDO, P. ALMEIDA, C. GIL, E. GOÑI.
Medikuntza Nuklearraren Zerbitzua, Nafarroako Ospitalea. Iruña.

SARRERA

Batzuetan oso zaila izaten da klinikoki paziente baten mugimenduaren alterazioen zergatia bereiztea, hau da, jatorria lesio estruktural neuroestensiboa (Parkinson-en sindromea) edo dardara esentziala (DE), edota farmakoen erabilera den jakitea.

Gaur egun erradiotrazadoreak ditugu eskura. Haiekin gorputz ildaskatuaren irudiak jasotzea posible izango da, osagai neuronal mugatu batzuen eranskortasun zehatzari esker.

I-123 ioflupano (Datscan)-a, dopamina garraiatzailearo eransten zaio, neurona dopaminergikoen sinapsi aurreko bukaeretan, eta hari horri esker lortzen dugu, Parkinsonen benetako endekatzearen irudia ematen baitigu.

Beste erradiotrazadore batzuk, 123-I-IBZM-a adibidez, D2 sinapsi ondorengo-hartuneei eransten zaizkie, eta Parkinson-en sindrome desberdinak sailkatzen laguntzen digute.

MATERIAL ETA METODOAK

Burmuin spect Datscan-ekin, momentuz, hamaika gaixo aztertu ditugu, 8 gizon eta 3 emakume, 43 eta 77 urte bitartekoak.

EMAITZAK

Azterketetan hiru gaixok emaitza normalak izan dituzte eta 8k alteratuak. Emaitza normaleko hiru gaixoetatik biri, azkenean dardara esentziala diagnostikatu zitzaien, eta besteari beheko gorputzadarraren martxaren alterazio faktoreanitza, nagusiki baskularra. Emaitza patologikoak izan zituzten 8etatik 5 pa-

zienteri Parkinson-en eritasuna diagnostikatu zitzaien. Beste hirurei Parkinson-en sindromea.

ONDORIOAK

Teknika zehatz honen bidez, gorputz ildaskatuaren irudi bat lor daiteke, degenerazio neuronala frogatzeko, sindrome parkinsonianoan erakusgarri, transtornoen mugimenduaren diagnostikoan laguntzeko.

NIRE ESPERIENTZIA ITALIAN: ERIZAINTZAREN IKUSPEGI DESBERDIN BAT

NEKANE VILLA, IRATI CORRES, EDORTA ESNAL.
Txagorritxuko Ospitalea. Gasteiz.

Azken urte hauetan estatu mailan erizainen lan egoera aldatu egin da. Lan baldintzek okerragora jo dute eta azken promozioei egiten zaizkien kontratuak oso epe laburrerako izaten dira. Hori dela eta, erizain askok lan bila atzerrira joatea erabakitzen dute. Portugal, Frantzia, Italia eta Irlanda dira arrakasta handieneko lurraldeak. Horregatik 2001eko uztailean nik Italiara abiatzeko deliberamendua hartu nuen.

Italiako Osasun Sistema gurearen oso antzekoa da, hau da, Osasun Sistema Nazionala. Hala ere hitzartutako zentroen kopurua hemengoa baino askoz altuagoa da.

Bertan ere erizainak diplomatuak dira. Haien espezialitateak desberdinak dira, hemen aurkitu ditzakegunekin konparatuta. Italian "erizain haurtzain", "higiene ikuskari" eta "gainbegirale"ekin topa gaitezke.

Erizainen taldea gainbegiraleek (caposala), erizainek (infermiera), erizain laguntzaileek (OTA) eta hemen existitzen ez den figura profesional batek (ausiliaria) osatzen dute.

Lan antolakuntzari dagokionez, ondoko hau azpimarra daiteke:

- Italian ez dute erizain eredurik erabiltzen (marko kontzeptuala), ezta NANDA diagnostikorik ere.

- Gaixoaren egoerari dagokionez balorazio eskasa egiten da erizaintzaren ikuspuntutik.

- Ez dute zainketa planik erabiltzen.

- Gaixoen bilakaerari buruzko balorazioan ez da ia deus esaten.

- Erizainek ez dute beraien lana gaixo kopuru baten erresponsabilitatean oinarritzen. Dauden zeregin guztien arabera banatzen dute euren egitekoa.

- Erizainek funtzio gehienak bereganatzen dituzte, ia-ia ez dagoelako erizain laguntzailerik.

- Askotan lana sistema pribatuaren eraginpean dago, ospitale asko hitzartutakoak baitira.

- Hain erizain gutxi dagoenez, ez da ordezkapenik egiten. Beraz, euren artean bete behar dituzte ordezkapenak.

- Gaixoen bisita-orduak murriztuak dira familiakoentzat. Hori dela eta, familiak betetzen ez dituen zereginak erizainek egin behar dituzte.

Bukatzeko, pertsonalki esan dezaket oso esperientzia aberasgarria izan dela bai maila pertsonalean bai lanbideari dagokionez. Erizaintzaren ikuspuntu desberdinak ezagutzeko aukera izan dut, beste kultura batean bizi izan naiz, pertsona ezezagunekin bizitzeko zortea izan dut eta, batez ere, nire ikuspegia zabaltzeko baliagarria izan dela esan dezaket.

ENTZUMEN SISTEMAREN MISMATCH NEGATIVITY POTENTZIAL EBOKATUA

M.O. ARECHAGA, IÑAKI GARCIA DE GURTUBAY, OLATZ OLAZIREGI, J. URRIZA.
Bideko Ama Birjina Ospitalea. Iruña.

Nerbio sistema zentralean, edozein aktibitate sentsorial, motore edo kognitibok neurona talde espezifikoen deskargak eragiten ditu. Potentzial ebokatuak deskarga horiek sortzen dituzten aktibitate elektrikoen erregistro eta kuantifikazioa egiten dituzten teknikak dira.

Mismatch Negativity-a (MMN), arretarik jarri gabe sortzen den potentzial ebokatu berezi bat da, hau da guztiz automatikoa. Kasu gehienetan, entzungailu batzuen bitartez, bi soinu desberdin emanez lortzen da, gure garunak alde frontaletan egiten duen konparazio-prozesu automatiko baten bitartez.

Funtzionalki, MMN-ak arreta automatikoa, memoria sentsoriala eta diskriminazio pasiboaren prozesuak aztertzen ditu. Beraz, funtzio horiek hondatuak dituzten gaixotasunetan MMN-a hondatua egongo da, adibidez: Alzheimer, eskizofrenia, etab. Froga honen erreplikabilitatea altua da, baita balio normalak ere, automatikoa izanik bere generazioa, nahiko zehatza delako. Hori dela-eta, bere erabilera kliniko potentziala nahiko zabala da.

P300-ren metodologia, esanahai eta erabilerari buruzko zenbait kasu adierazgarri aurkezten ditugu.