

Osagaiz

Osasun-zientzien aldizkaria



OSASUNGOA
EUSKALDUNTZEKO
ERAKUNDEA

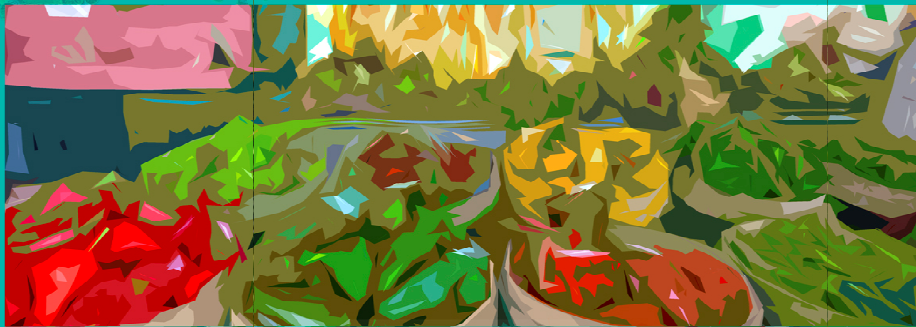


OEEren XXX. biltzarra



Prebentzioa auzolanean

Bilbon, 2020ko azaroaren 13 eta 14an
Lekua: Bizkaia Aretoa. Abandoibarra etorb.



Universidad
del País Vasco



Euskal Herriko
Unibertsitatea



Bizkaia
Foru Erkundeak
diputación foral



EUSKO JAURLARITZA
GOBIERNO VASCO



Osakidetza



bizkaikomedikuen elkargoa
colegio de médicos de bizkaia



udako
euskal unibertsitatea



Osasungoa
Euskalduntzeko
Erakundea

www.osagaiz.eus

4. bolumena
1. ale berezia
2020ko azaroa
ISSN 2530-9412
LG: BI-2101-2017

Batzorde zientifiko eta antolatzailea eta laguntzaileak

Batzorde Antolatzailea

Angel Bidaurrezaga Vandierdonck, EHUko Medikuntza Fakultateko irakaslea
Izaskun Elezgarai, EHUko Medikuntza Fakultateko irakaslea
Jose Mari Uribarri Atutxa, Galdakao- Barrualdeko ESIko familia medikua
Jose Ramon Arriandiaga Bilbao, Ezkerraldea- Enkarterri- Gurutzetako medikua

Batzorde Zientifikoa

Lourdes Unzueta Zamalloa, Bilbo-Basurtu ESIko familia medikua
Karmele Benito del Valle Ortiz, Barakaldo-Sestao ESIko familia medikua
Leire Erkoreka Gonzalez, Psikiatra. Galdakao-Usansolo Ospitalea. EHUko Neurozientziak
Saila
Nekane Jaio Atela, Farmazialaria, Barrualdea-Galdakaoko ESI
Irene Goikoetxea Gonzalez, Familia medikua

Laguntzaileak

Bizkaiko Foru Aldundia
Euskal Herriko Unibertsitatea
Eusko Jaurlaritza – Osasun Saila
Osakidetza
Bizkaiko Medikuen Elkargoa
Barrualde-Galdakaoko ESI

Aurkibidea

1. Hitzaurrea	5
2. Egitaraua	7
3. Hitzaldiak	9
4. Ahozko komunikazioak	59
5. Posterrak.....	79
6. Posterrak irudietan	103
7. <i>Aurkibideak: osoa eta egilez egile</i>	111

1. Hitzaurrea

1. Hitzaurrea

Eskutik helduta doazen bi kontzeptu direlako, auzolanak ahaldunduko gaitu eta eraikiko du osasuntsuagoa izango den bestelako gizarte berria.

Osasun Sailaren 2017-2020 aldirako lerro estrategikoek jasotzen duten kontzeptua da gaixoen ahalduntzea. Batera doaz ezinbestean. Ahalduntzeak auzolana dakar eta auzolanak ahalduntzea. Ahaldunduta dagoen pertsona eta gizarte batek erraz ulertuko du auzolanak norbanakoaren osasunean duen eragina. Auzolanean dabilen pertsona edo gizartea berez eta beharrak bultzatuta ahalduntzen da.

Pandemia-garai hauek, aurrez zalantza txikiren bat balego, argi eta garbi erakutsi dute auzolanaren ezinbestekotasuna. Auzolana gaixoak eta pertsona zaurgarriak zaintzeko, auzolana gaztetxoek hezteko baina auzolana ere osasun profesionalok gure artean babestu eta zaintzeko.

Beharrez bezalaxe, auzolanaren gabezia edo eskasia ere geratu da agerian. Globalizazioan eta individualismoan itotako gizarte honetan pertsona askok bota dugu faltan auzolanaren epela. Bai behintzat auzolan gehiagoren goxotasuna.

Auzolanarekin lotutako hainbat esperientzia topatuko dugu OEEren 30. Biltzarraren edukia jasotzen duen Osagaizen ale honetan. Kirola eta kirol programen ezarpena errazago baita auzolanean. Bullying-ari auzolanean aurre egin ezean nekez desagerraraziko dugu. Erresilentzia, nerabeena eta gainerakoena auzolanean ere errazago landuko dugu. Konektibitate birtuala baztertu gabe, auzolanak erraztuko duen konektibitate fisikoa berreskuratu behar dugu.

Baina sinesten al dugu benetan auzolanean eta dakarren onuran? Praktikan jartzen al dugu eguneroko zeregin pertsonal eta profesionaletan? Osasun profesionalok ere ez al ditugu herritarrak eta gizartea bera erabakiak hartzeko gai ez balira bezala tratatzen? Ezin duzu edan, kirola egin behar duzu, ospitalean ingresatu behar duzu...Noiz utzi behar dugu jarrera paternalista hau? Hezkuntza-profesionalekin batera, osasun profesionalok badugu ardura garrantzitsua zeregin honetan. Akaso haurretatik hasi behar dugu. Dauzkaten gaitasunak onartu eta haur txikiak bezala tratatu ordez ahalduntzen hasi beharko genuke. Astirik galdu gabe, badugu garaia gurasoak eta helduak ere auzolanera bideratzen hasteko. Sintrom edo kirola preskribatzen ditugun gisa, ez al genuke auzolana ere preskribatu behar?

Batzorde Zientifikoa eta Antolatzailea

2. Egitaraua

2. Egitaraua

Ostiral eta larunbatean (azaroak 13 eta 14an)

Azaroak 13, barikua

16:00 Harrera

16:15 Sarrera ekitaldia

16:30 Lehenengo mahai ingurua: *Elkarrekin mugitu*

- Moderatzailea Angel Bidaurrezaga

- Hitzaldiak

- *Ageing-on Ariketa fisikoa zahartzaroan.* Jon Irazusta Aztiazaran, Biologian Doktorea eta EHUko Fisiologia Irakaslea.
- *EfiKronik ikerkuntza programa: gaixotasun kronikoa dituzten gaixoentzat ariketa fisikoaren eraginkortasuna.* Nere Mendizabal Gallastegui, Bizkaiko Lehen Arretako Ikerkuntza Unitateko erizaina.
- *Udal musika eskola bateko dantza jarduera erorikoen prebentziorako: adinekoei zuzendutako esku-hartzea.* Maialen Araolaza Arrieta, EHUko Fisioterapia irakaslea.

18:00 Atsedenaldia

18:30 Posterren erakustaldia eta azalpena

- Moderatzailea: Jose Mari uribarri

20:00 OEEren Batzar Nagusia

Azaroak 14, zapatua

09:30 Ahozko komunikazioak

- Moderatzailea: Leire Erkoreka

10:30 Euskararen normalizazioa osasun arloan

- Moderatzailea: Izaskun Elezgarai

- Partaideak:

- *Historia klinikoak euskaraz. Aintzat elkartea - Adrian Zelaia Medikua.*
- *Itzulbide. IXA Taldea - Olatz Perez de Viñaspre EHUko irakasle eta ikertzailea.*

11:00 Atsedenaldia

Egitaraua

11:30 Bigarren mahai ingurua: *Bizitza osasuntsua eskolatik hasita*

- Moderatzailea: Karmele Benito del Valle

- Hizlariak

- *Kiva programa finlandiarra*. Ainara Nuñez Azkorra, Pedagogoa eta Betiko Ikastolako irakaslea.
- *Eskola jantokiak: tokiko garapena*. Patxi Gaztelumendi, IKT arloko langilea eta kultur sustatzailea.
- *Erresilientzia eta CSE. Nerabeen arazo emozionaleri aurre egiteko entrenamendua*. Iñaki Kerexeta, Haur eta nerabeen psikiatra eta Basurtuko Medikuntza Fakultatean irakaslea:
- *Mugikorren erabileraren arriskuak*. Rakel Gamito Gomez, EHUko Hezkuntza eta Kirol Fakultateko irakasle eta ikerlea.

13:30 Agur ekitaldia: OEEren 30. urteurrena eta Felipe Aizpuru gogoan

3. Hitzaldiak

Lehen mahai-ingurua: Elkarrekin mugitu

3.1. Ariketa fisikoa pertsona nagusi hauskorrenzat: Ageing ON Proiektua

Jon Irazusta Astiazaran

UPV/EHUko Fisiologiako Irakaslea

jon.irazusta@ehu.eus

1. Sarrera

Azken urteetan, munduko herrialde gehienetan, populazioaren zahartzeak abiada handia hartu du, eta badirudi prozesu hori datozen urteetan areagotu egingo dela. Aipatutako joera bereziki argia da Euskadiko Autonomia Erkidegoan. Bertan, emakumeen bizi iraupena Europako altuena da eta gizonezkoena, bigarrena, Suedia eta gero (1). Gure inguruko erakundeak zahartze prozesuaz jabetu eta politika aktiboak garatzen ari dira zenbait arlotan: osasuna, gizartea, produktuak eta garapen ekonomikoa.

Pertsonen zahartze prozesuarekin batera osasun arazoak areagotuz doaz, eta narriadura fisiko eta kognitiboak gerta daitezke. Hori osasun sistementzat erronka da, konponbideak topatu ezean, osasun arretaren kostuak gora egin dezakeelako. Gainera, narriadurak arazo psikologikoak (antsietatea eta depresioa) eta sozialak (isolatzea, bakardadea) sor ditzake, eta horrek guztiak pertsona nagusien bizi kalitatea murriztu dezake.

Gaur egun, ezaguna da ariketa fisikoak osasunean eragin positiboa duela. Egindako behaketen arabera, ariketa fisikoa terapeutikoa izan daiteke 26 patologia kronikotan gutxienez (2). Era berean, Munduko Osasun Erakundeak dio jarduera fisikorik eza munduko hilkortasun eragile nagusien artean dagoela (3).

Aurretik aipatu bezala, zahartzen goazen heinean, pertsona gehienek gaitasun fisikoak narriatu egiten dira. Bi eragile daude: zahartze prozesua bera eta adinarekin batera gora doan sedentarietatea (4). Zenbaitetan “gurpil zoroa” gertatzen da: jarduera fisiko gutxiago egin, gaitasun fisiko galdu, okerrago sentitu jarduera egitean eta, ondorioz, are eta gutxiago egin. Adin batetik aurrera, gurpil zoro hori bereziki arriskutsua da, pertsona nagusiagoengan narriadura fisiko azkarragoa delako. Hortaz, oso erraza da gaitasun funtzionala galtzea eta hauskortasuna eta mendekotasuna agertzea.

Hauskortasuna neurri batean adinari lotutako sindrome bat da. Pertsona hauskorrek pertsona sendoek baino arrisku gehiago dute erorketak, ospitalizazioak, mendekotasuna eta heriotza pairatzeko. Hauskortasuna diagnostikatzeko lehen irizpideak Linda Fried doktoreak proposatu zituen (5). Bere arabera, pertsona bat hauskorra da baldin eta 5 irizpide hauetatik 3 baditu: ahultasuna, jarduera fisiko gutxi, martxaren abiadura motela, nahigabeko pisu galera eta abaildura.

Sindrome horri aurre egiteko bereziki garrantzitsua da jarduera fisiko, frogatuta dago argienak dituen tratamendua delako. Gaur egun, frogatuta dago osagai anitzeko ariketa fisikoko programak direla eraginkorrenak hauskortasuna prebenitu eta tratatzeko, indarra, oreka eta erresistentzia bateratzen baitituzte. Hala ere, oraindik argitzeke dago programa horiek zer ezaugarri bete behar dituzten

Jon Irazusta Astiazaran

populazio zehatzetan (intentsitatea, iraupena, jarduera mota eta abar), eta, batez ere, nola lortu pertsona nagusiek jarduera eta ariketa fisiko gehiago egin dezaten.

Arlo horretan, hauek izan dira Ageing On taldearen helburuak azken urteetan:

1. Osagai anitzeko ariketa fisikoaren eragina aztertzea egoitzetan bizi diren pertsona nagusiengan.
2. Osagai anitzeko ariketa fisikoari ariketa kognitiboa gehitzeak (ariketa duala) egoiliarrengan onura gehigarriak ote dituen behatzea.
3. Ospitalizatuta egon diren pertsonengan ariketa fisikoak dituen onurak analizatzea.

2. Emaizak

2.1. Osagai anitzeko ariketa fisikoak pertsona nagusien egoitzetan

Lehen puntuari dagokionez, gure taldeak 10 egoitzatan zorizko ikerketa kontrolatu bat egin zuen. Ikerketan parte hartzeko, ibiltzeko gaitasuna mantentzeaz gain, maila kognitibo (MMSE > 20) eta autonomia (Barthel > 50) minimo bat behar ziren. Denetara, 112 pertsonak hartu zuten parte. Parte-hartzaileak, zoriz, bi taldetan banatu genituen. Talde batek (kontrolak) bere ohiko jarduerekin jarraitu zuen; besteak (interbentzioak), aldiz, osagai anitzeko jarduera fisikoko programa gauzatu zuen, 6 hilabetez. Programan indarra, oreka eta erresistentzia aerobikoa landu ziren, banako bakoitzari egokituta, modu progresiboan eta intentsitate ertainean. Hasi aurretik eta bukatzean, bi taldeetako partaideek proba fisiko, kognitibo eta psikologikoak burutu zituzten. Interbentzioaren aurreko, bitarteko eta ondorengo aldagai klinikoak ere jaso ziren (erorketak, ospitalizazioak, heriotzak).

Kontrol taldearekin konparatuz gero, ariketa fisikoak egin zutenek hobekuntza adierazgarria izan zuten parametro fisiko gehienetan: goiko eta beheko gorputz adarreko indarra, oreka estatiko eta dinamikoa, erresistentzia aerobikoa eta martxaren abiadura, hain zuzen ere (6). Kognizio orokorrak (MoCA) eta prozesamendu abiadurak ere hobekuntza adierazgarria izan zuten interbentzio taldean. Kontrol taldeak parametro gehienetan behera egiten zuen nabarmen. Bestalde, parametro psikosozialei dagokionez, ariketa egin zutenen bakardade sentazioa murriztu eta bizi kalitatea hobetu egin zen (7).

Aldagai klinikoei erreparatuta, interbentzioak hauskortasuna murriztu zuen eta, horrekin batera, erorketak eta heriotza tasa. Berez, interbentzioa hasi zenetik urtebetera, interbentzio taldeko pertsona bakarra hil zen, eta kontrol taldeko 6 (8).

Partaide batzuei, interbentzioa bukatu eta sei hilabetera, jarraipena egin eta egoera fisiko eta kognitiboa berriro neurtu zitzairen. Neurketa horietan behatu zen gaitasun fisiko eta kognitiboa hasierako balioetara itzuli zirela (1. irudia); hau da, programak sortutako onurak galdu egin zituztela.

Ariketa fisikoaren eta dualaren arteko konparazioa egoitzetan

Ikerketa honetan, 9 egoitzatako 85 pertsonak hartu zuten parte. Barneratze irizpideak aurreko berdinak ziren eta partaideak, zoriz, bi taldetan banatu ziren. Talde batek lehengo atalean aipatutako programa fisiko bera egin zuen. Besteak, ordea, ariketa kognitiboa gehitu zion programari: parte-hartzaileek ariketa fisiko egiten zuen bitartean atzeraka zenbatu edo animalien izenak esan behar zituzten. Kasu horretan interbentzioaren iraupena 3 hilabetekoa izan zen, eta neurketak hasieran eta bukaeran egin ziren.

Bi taldeek proba fisiko eta dual hobeak egin zituzten programaren amaieran, eta egoera kognitiboa mantendu zuten. Aldagai psikologikoei dagokionez, ariketa fisiko soila duala baino hobea izan zen antsietatea eta depresioa murrizteko, baita eraginkorragoa ere erorketak gutxitzeko. Aipagarria da ariketa fisiko bakuneko saioetan bertaratzea handiagoa izan zela saio dualetan baino (9).

2.2. Ospitalizatuta egon diren pertsonak

Arabako Unibertsitate Ospitaleko Barne Medikuntzako pazienteek parte hartu zuten ikerketan. Hain zuzen ere, ingresatuta zeuden bitartean eta altaren ondoren eskaini zitzaaien ariketa fisikoa. Barneratze irizpideak ere aurreko ikerketen oso antzekoak izan ziren, eta 500 pertsonari eskaini zitzaaien ikerketan parte hartzea, zeinetatik soilik 55ek baiezkua ematen zuten. Hau da, % 10ak baino apur bat gehiagok. Oro har, nutrizio egoera txarragoa zutenen, nagusiagoen eta etxean irisgarritasun arazoak zituztenen parte hartzea baxuagoa izan zen. Beheko taulan ikus daitekeen bezala, ezetz esateko arrazoirik ugariena interes falta izan zen. Ezezkoa eman zutenen artean, ia erdiak interesik ez zuela adierazi zuten. Bestalde, ia laurden batek bertaratzeko arazoak zituen. (1. taula).

1. taula. Ezetz esateko arrazoiak

Barnekoak	% 12,7
Osasun kaskarra	% 9,2
Oso aktiboak	% 3,5
Kanpokoak	% 38,5
Bertaratzeko arazoak	% 23,8
Egoiliarak	% 10,2
Beste pertsona baten zaintzaileak	% 2,5
Beste arazo batzuk	% 2,0
Ez zuten interesik	% 48,8

Kasu honetan ere, lagina bi taldetan banatu zen. Talde batek, 6 astez, osagai anitzeko ariketa fisikoa taldeka gauzatu zuen ospitalean, astean bi aldiz; ondoren, 18 astez, bakoitzak bere kabuz jarraitu zuen programa etxean. Beste taldeak, 12 astez, ariketa fisikoa taldeka egin zuen ospitalean, eta, beste 12 astez, bere kabuz etxean. Lehen puntuan aipatu dugunaren oso antzekoa izan zen aurreneko aldia; hau da, osagai anitzekoa (indarra, oreka eta erresistentzia). Bestalde, etxeko aldia pisurik gabe egin zen, eta eguneroko ariketak idatzita eman zitzaizkien partaideei. Eguneroko modu progresiboan ibiltzeko ere esan zitzaien.

Bi taldeek beren egoera fisiko, kognitibo eta nutrizionala hobetu egin zuten (10). Interbentzioaren hasieran pertsona hauek % 60 ziren eta, bukaeran, soilik %2 (2. irudia). Aldiz, beren masa muskularra ez zen nabarmen aldatu. Taldeen artean ez zen ezberdintasun adierazgarririk aurkitu; hau da, hobekuntza berdina izan zuten bi taldeek, bai interbentzio laburrekoak bai luzeak.

3. Eztabaida

Ikerketen bidez lortu ditugun emaitza hauek erakusten dute osagai anitzeko ariketa fisikoko programak bideragarriak eta eraginkorrak direla kolektibo zaurgarrientzat ere bai. Hobekuntzak alde fisikoan ez ezik, kognitiboan, psikosozialean eta aldagai klinikoetan ere igartzen dira. Programa horiek eraginkorrak dira beren ezaugarri batzuei esker: alde batetik, osagai anitzekoak dira, indarra, oreka eta erresistentzia lantzen baitituzte. Bestetik, indibidualizatuak dira, progresiboak, eta pertsona bakoitzaren gaitasunei egokituta daude; hala, pertsona hobetzen doan heinean, karga egokitu egiten zaio. Azkenik, intentsitate ertainean egiten dira; eta hori bereziki garrantzitsua da egoitzen kasuan, non intentsitate baxuko ariketa fisikoko programak eskaintzen diren. Horrez gain, nahiz eta kontrol taldekoak programetara bertaratu, beren gaitasun fisiko eta kognitiboek behera egin zuten.

Programa dualei dagokienez, aldi berean ariketa fisikoa eta kognitiboa eginda ere, ez zen hobekuntzarik nabaritu programa fisikoarekin alderatuta. Aldiz, ariketa fisikoak onura psikologiko gehiago zekartzan dualak baino. Horren arrazoia izan daiteke ariketa fisikoa eta kognitiboa batera egiteak estresa eragin diezaiokeela zenbaiti.

Bestalde, ospitalean egindako interbentzioari dagokionez, azpimarragarria da parte hartze baxua, bereziki pertsona nagusiagoen, nutrizio aldetik okerrago daudenen eta etxean irisgarritasun handiagoa dutenen artean. Kontuan hartuta ospitaletik atera ondorengo ariketa fisiko egokituak onuragarriak direla pertsona gehienentzat, estrategiak garatu beharko genituzke parte hartzea handitzeko, batez ere zaurgarriagoak diren kolektiboetan. 24 asteetan, ez dugu diferentziarik topatu taldeko programa laburraren (6 aste) eta luzearen (12 aste) artean. Hau da, badirudi 6 asteko programa gainbegiratu nahikoa dela ospitalizatuta egon diren pertsonen egoera fisikoa hobetu eta hauskortasuna murrizteko.

4. Ondorioa

Zenbait kolektibo zaurgarrienei dagokienez, osagai anitzeko ariketa fisikoa eraginkorra da arlo fisikoan, kognitiboan eta aldagai klinikoetan. Parte hartzea handitzea da oraingo erronka, eta, horretarako, osasun profesionalen, familien eta ingurukoen inplikazioa garrantzitsua dirudi.

5. Bibliografia

1. EUSTAT. The Basque Country in the EU-28. (2018): The life expectancy of Basque women, 86.2 years, is the highest in the EU-28. https://en.eustat.eus/elementos/ele0015400/ti_The_life_expectancy_of_Basque_women_86_2_years_is_the_highest_in_the_EU-28/not0015471_i.html
2. Pedersen B. K., Saltin B. (2015). Exercise as medicine - evidence for prescribing exercise as therapy in 26 different chronic diseases. *Scand J Med Sci Sports* 3:1-72. doi: 10.1111/sms.12581.
3. OMS Actividad física. (2018). <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity>
4. Slentz C. A., Houmard J. A., Kraus, W. E. (2007). Modest Exercise Prevents the Progressive Disease Associated with Physical Inactivity. *Exercise and Sport Sciences Reviews* 1: 18-23. doi: 10.1249/01.jes.0000240019.07502.01
5. Fried L. P., Tangen C. M., Walston J., Newman A. B., Hirsch C., Gottdiener J., Seeman T., Tracy R., Kop W. J., Burke G., McBurnie M. A. (2001). Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 56: M146-56. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11253156>
6. Arrieta H., Hervás G., Rezola-Pardo C., Ruiz-Litago F., Iturburu M., Yanguas J. J., Gil S., M., Rodríguez-Larrad A., Irazusta J. (2019). Serum myostatin levels are higher in fitter, more active, and non-frail Long-Term Nursing Home residents and increase after a physical exercise intervention. *Gerontology* 65: 229-239. doi: 10.1159/000494137
7. Arrieta H., Rezola-Pardo C., Kortajarena M., Hervás G., Gil J., Yanguas J. J., Iturburu M., Gil S. M., Irazusta J., Rodríguez-Larrad A. (2020). The impact of physical exercise on cognitive and affective functions and serum levels of brain-derived neurotrophic factor in nursing home residents: A randomized. controlled trial. *Maturitas* 131: 72-77. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2019.10.014>

8. Arrieta H., Rezola-Pardo C., Gil S. M., Virgala J., Iturburu M., Antón I., González-Templado V., Irazusta J., Rodriguez-Larrad A. (2019). Effects of Multicomponent Exercise on Frailty in Long-Term Nursing Homes: A Randomized Controlled Trial. *J Am Ger Soc* 67: 145-1151. <https://doi.org/10.1111/jgs.15824>
9. Rezola-Pardo C., Arrieta H., Gil S. M., Zarrazquin I., Yanguas J. J., Lopez M. A., Irazusta J., Rodriguez-Larrad A. (2019). Comparison between multicomponent and simultaneous dual-task exercise interventions in long-term nursing home residents: the Ageing-ONDUAL-TASK randomized controlled study. *Age and Ageing* 48: 817–823. <https://doi.org/10.1093/ageing/afz105>
10. Echeverria I., Amasene M., Urquiza M., Labayen I., Anaut P., Rodriguez-Larrad A., Irazusta I., Besga A. (2020). Multicomponent physical exercise in older adults after hospitalization: a randomized controlled trial comparing short- vs. long-term group-based interventions. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 17, 666; doi:10.3390/ijerph17020666

3.2. EfiKronik ikerkuntza programa: gaixotasun kronikoa dituzten gaixoentzat ariketa fisikoaren eraginkortasuna

Nere Mendizabal Gallastegui

Bizkaiko Lehen Arretako Ikerkuntza Unitateko erizaina.

nere.mendizabalgallastegui@osakidetza.eus

1. Sarrera

Imajina dezagun arnas gaixotasun kronikoak, neoplasiaren bat edota gaixotasun mentalak dituzten guztiek jasotzen dituztela ariketa fisikoak ekar ditzakeen onurak. Nola hobetuko lirateke euren bizi kalitatea eta autonomia? Nola murriztuko lirateke euren sintomak, konplikazioak eta berriz gaixotzeak?

Froga zientifiko sendoek adierazten dute ariketa fisikoa eraginkorra dela gaixotasun kronikoak prebenitu eta tratatzeko. Zenbait kasutan, ariketa fisikoa –interbentzio moduan– interbentzio farmakologikoa bezain eraginkorra da, edo are eraginkorragoa, hilkortasuna murrizteko, bizikalitatea, funtzio fisikoa eta psikosoziala areagotzeko eta gaixotasun kronikoak dituzten pertsonen autonomia hobetzeko [1-4]. Hala ere, ebidentzia horiez aparte, pazienteen % 50ek baino gutxiagok baino ez dute jaso ariketa fisikoak dakarren onuraren inguruko aholkuren bat euren profesionalen eskutik, eta gutxiengo batek adierazi du noizbait ariketa fisikoa preskribatu diotela [5, 6]. EfiKronik-ek gaixo horiei lagundu nahi die beren osasuna kudeatzen, aktibo eta autonomo mantendu daitezen ariketa fisikoaren eta ohitura osasuntsuen bidez. Izan ere, hori da euren pronostiko eta sintomak kontrolatzeko gakoa.

Munduan, osasun sistema gutxi batzuek soilik eskaintzen dituzte ariketa fisiko gainbegiratuko programak. Konkretuki, minbizia gainditu eta eraginkortasun kliniko baldintza errealean mantendu dutenentzako programa hauek daude (*Evidence Based Interventions, EBIs*): *LIVESTRONG* (YMCA, Estatu Batuak) [7], *LifeNow* (Cancer Council Western, Australia) [8] eta *FitSTEPS forLife* (Hunt Regional Healthcare, Hego Karolina, Estatu Batuak) [9]. Eraginkortasun frogatua duten beste interbentzio kliniko batzuekin gertatzen den bezala, beste osasun testuinguru batzuetan, ariketa fisikoko programak ez dira modu iraunkor eta orokorrean islatzen eguneroko praktika klinikoan. .

Ez islatze horren ondoriozkoa da faktore kliniko eta inplementazio faktore asko bateratuak izatea ala “traslazio bretxak” egotea (“*evidence-to-practicegap*” gisa ezaguna literaturan). Alde batetik, gehiago ikertu behar da ariketa fisikoa zein baldintzatan den eraginkorragoa jakiteko. Adibidez, funtsezkoa da osasunean onaurak dakartzan ariketa fisikoaren dosi minimoa zein den ezagutzea [2]. Gainera, beste arazo kliniko hau ere ikusi da: atxikipenak behera egiten du gainbegiratutako ariketa fisikoko programak amaitutakoan, gaixoei zailtasunak dituztelako ariketa fisikoarekin jarraitzeko euren komunitateko baliabideekin [11, 12].

Beste alde batetik, inplementazio faktoreekin erlazionatutako oztopo anitz daude, eta horrek zaildu egiten du programa horiek praktika klinikora eramatea (lan asistentzialeko gaitasuna,

Nere Mendizabal Gallastegui

profesional batzuen eszeptizismoa ariketa fisikoa tratamendu moduan erabiltzeko, zenbait osasun zerbitzuren predisposizio eskasa antolakuntza aldatzeko...) [13].

Osasuna sustatzeko interbentzioen translazioa oraindik konplexuagoa da, osasun sistemak gaixotasunaren tratamendura egokituta daudelako (prebentziora baino gehiago), baita interbentzio farmakologikoetara ere (ohitura osasuntsuen sustapenera baino gehiago).

Badira jada 10 urte Lehen Mailako Arretako Bizkaiko Ikerkuntza Unitateak "Ariketa fisikoa eta gaixotasun kronikoak" ikerketa ildoan abian jarri zuela honako asmo honekin: ebidentziak lortzea erizainek gainbegiratutako ariketa fisikoko programek Osakidetzako lehen mailako zentroen sare batean duten eraginkortasunaren inguruan [14-18].

2. Helburuak

2.1. Helburu klinikoak

Lehen Mailako Arretako erizain baten gainbegiratzepean, EfiKroniK ariketa fisikoko programa berritzaileak gaixotasun ezberdinak dituzten pertsonengan (minbizi solidoak, hematologikoak, birikietako gaixotasun buxatzaile kronikoa eta eskizofrenia) zer-nolako efektua duen zenbatetsi nahi da, ohitura osasuntsuak sustatzeko interbentzio ohikoekin alderatuta (ariketa fisikoa, dieta orekatua eta tabakoa erretzeari uztea).

Eraginkortasuna honela adierazten da:

- Ahalmen funtzionala (testen bidez, oinez 6 minutu edo 400 m eginda).
- Bizi kalitatea eta erabilpena (gaixotasunaren arabera galdetegi orokor eta zehatzen bidez).
- Sintomatologia, alderdi psikologikoak eta sozialak.
- Parametro analitiko zehatzak (adiponektina, PCR, TNF- α II-1, II-6, BDNF).

*Ikerketa abiarazteko momentuan eta 3, 6 eta 12 hilabeteren buruan neurtuko dira emaitza guztiak.

2.2. Inplementazio-helburuak

- Pazienteek EfiKroniK programaren erabilpenari eta egokitasunari buruz duten pertzepzioa deskribatzea, hala nola euren itxaropenak eta gogobetetzeak.
- EfiKroniK programa era orokortu, iraunkor eta jarrai batean ezartzeko erraztasunak eta zailtasunak ezagutzea, hala nola pazienteek programarekin duten atxikimendua.

3. Metodologia

EfiKroniK entsegu hibrido bat da, 2 talde paralelotan egiten dena. Kasu honetan, 370 pertsonak hartuko dute parte, honako lau gaixotasun hauen arabera estratifikatuak: minbizi solidoak (100), hematologikoak (70), birikietako gaixotasun buxatzaile kronikoa (100) eta eskizofrenia (100).

3.1. Inklusio irizpideak

- 18-75 urte bitarteko pertsonak
- Koloneko, bularreko edo birikietako minbizi solidoak IV^E estadioan, lehenengo larroko kimioterapia tratamenduarekin
- PS \leq 1
- Hemopatia goiztiarra transplante autologoarekin edo linfoma ez lokalizatuak immunoterapiako tratamenduarekin
- Eskizofrenia
- Birikietako gaixotasun buxatzaile kronikoa, 3-7ko BODE indizearekin eta egonkortasun klinikoarekin
- Giltzurrun, gibel eta hematologia funtzio egokia
- Hemoglobina > 10, > 50.000 plaketa, >1.000 neutrofilo
- Karnofsky > 60, ECOG \geq 1

3.2. Esklusio irizpideak

- Garun metastasiak
- Haustura arrisku handia hezur metastasiengatik
- Ezegonkortasun emozionala
- Afektazio kardiorrespiratorioa edo infekzio ez kontrolatuak
- Birjaustea edo gaixotasun hematologikoaren progresioa
- Komunikazio alterazioak, datuen bilketa debekatzen dutenak; edo hondatze kognitibo garrantzitsua
- Bronkiektasiak eta birikietako gaixotasun buxatzaile kronikoen ezberdinak diren birikietako alterazioak
- Ariketa fisikoko programa gauzatzea zailtzen edo galarazten duten beste komorbiditate batzuk
- Tentsio arterial ez-kontrolatua (TAS > 200 edo TAD > 110)
- Programaren interbentzioa baino intentsitate, maiztasun eta iraupen handiagoko ariketa fisikoa egitea erregulartasunez.

3.3. Interbentzio taldea

Lehenengo fasea (3 hilabetez gainbegiratzea)

Talde honetako pertsonak ariketa fisikoko programa bat jasotzen dute 36 saiotan, eta, 3 hilabetez zehar, intentsitatea pixkanaka igotzen zaie. Gainbegiratzearekin hasi aurretik, paziente bakoitzari lehen balorazioa egiten zaio plan pertsonalizatua zehazteko. Ondoren, paziente programarekin hasten da berak aukeratutako osasun zentroren bateko kirol laborategian (Etxebarri, Deustu, Lutxana, Algorta edo Buenavista).

Erizain batek edota ariketa fisikoko graduatutako profesional batek gainbegiratzen ditu ariketa fisikoko saioak. Hiru hilabeteotan, pertsonak bakoitzak 3 saio egiten ditu astean: 2 laborategian eta, hirugarrena, osasun zentroaren inguruan. Laborategian egiten diren saioetan, indar muskularra lantzen da pisuekin, eta gaitasun aerobikoa, bizikletan edota ibiltzeko tapizean.

Nere Mendizabal Gallastegui

Saio guztietan gaixoak monitorizatuta daude pultsometro baten bidez, bakoitzak dagokion bihotz frekuentzian lan egin dezan. Saio guztietan ere Borg eskala erabiltzen da, ariketa fisikoa zenbaterainoko gogorra izaten ari den jakiteko.

Bigarren fasea (9 hilabetez jarraipena egitea)

Pazienteak 3 hilabeteetan ikasitakoarekin jarraitzea animatzen dira; hau da, ariketa fisikoa egiten jarraitzen dute euren komunitatearen ingurunean. Jarraipena urtebetez egiten da, eta emaitzak 3, 6 eta 12 hilabete igarotakoan neurtzen.

3.4. Kontrol taldea

Aditu batek ariketa fisikoko plan pertsonalizatu bat preskribitzen dio taldean sartzen den pertsona bakoitzari, bere kabuz bete dezan. Urtebeteko jarraipena ere egiten zaio (3, 6 eta 12 hilabeteren buruan).

3.5. Metodologia kualitatiboa

Ikerketa behaketa kualitatiboa egin da, 3 eztabaida taldetan. Gaixotasun kroniko desberdinak diagnostikatuta dituzten 20 pertsonak hartu dute parte, eta gainbegiraturako ariketa programaren onuradunak izan dira: 10 gaixo hematologiko, tumore solidoak dituzten 3 pertsona eta eskizofrenia duten 7.

Ondoren, talde bakoitzean sortutako transkripzioen analisisa egin da hainbat ikertzaileen artean, planteamendu deduktiboaren eta induktiboaren bidez.

4. Emaitzak

4.1. EfiKroniK kuantitatiboa

146 paziente sartu dira proiektuan 2019ko abenduaren 30era arte. Lehenengo taulan, 137 pazienteren ezaugarri basalak azaltzen dira, 3 hilabeteko jarraipenaren balorazioa egin eta gero.

Batez besteko adina 54-55 urtekoa da, eta gizon gehiago daude. Gaixo gehienek minbizi hematologikoa dute, eta osasun mentalekoak bigarren tokian daude.

Programaren lehen bisitan, EfiKroniK taldekoek kontrol taldekoek baino metro gutxiago egin dituzte 6 minutuko testean; indar-probaren emaitzak ere apur bat hobeak izan dira kontrol taldean.

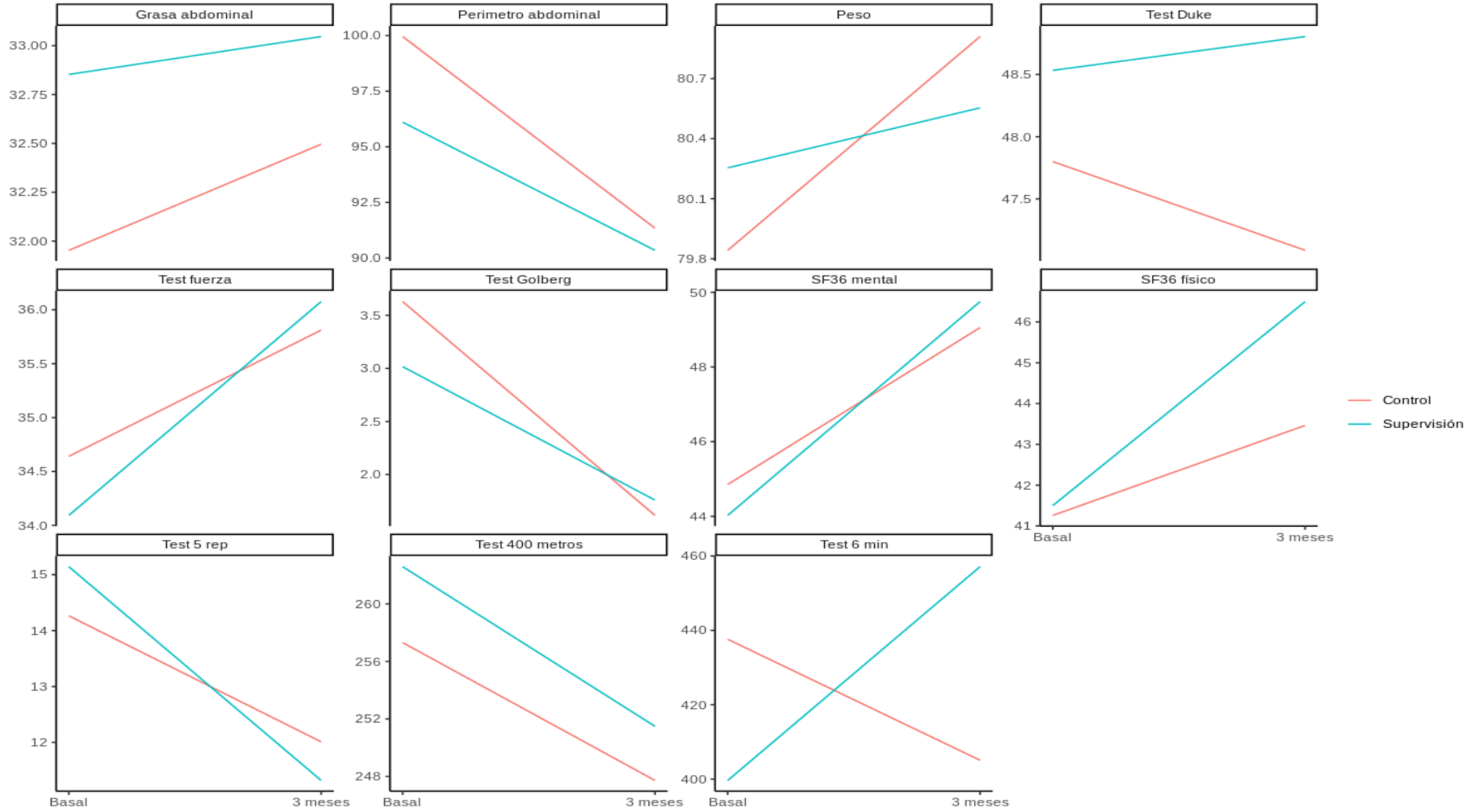
Galdetegiaren arabera, EfiKroniK taldekoek laguntza sozial handiagoa dute kontrol taldekoek baino, eta antsietate gutxiago adierazi dute proiektuan sartzekoan. Bizi kalitateari dagokionez, SF-36 galdetegiarekin neurtutako osagai fisikoan, EfiKroniK taldekoen emaitzak apur bat hobeak dira; baina alderantziz gertatzen da osagai mentalean.

Esan beharra dago taldeen artean ez dela ezberdintasun esanguratsurik aurkitu.

1. taula. Deskriptibo orokorra

	Kontrol	EfiKroniK	p
n	72	65	
Parte hartzea (%)			0,695
Hematologia	34 (47,2)	32 (49,2)	
Pneumologia	1 (1,4)	3 (4,6)	
Onkologia	12 (16,7)	10 (15,4)	
Osasun mentala	25 (34,7)	20 (30,8)	
Gizonak (%)	44 (61,1)	36 (55,4)	0,613
Adina	55,47 (12,35)	54,25 (12,47)	0,564
Pisua	79,84 (22,11)	80,25 (20,60)	0,916
Koipea	31,95 (7,01)	32,85 (7,97)	0,534
Perimetroa	99,96 (16,98)	96,11 (22,94)	0,342
Duke	47,80 (8,56)	48,53 (8,67)	0,673
6 minutuko testa	437,60 (158,15)	399,62 (163,57)	0,460
Indar maximoa	34,64 (11,31)	34,09 (10,82)	0,774
5 errepikapenen testa	14,26 (4,37)	15,14 (9,87)	0,499
GHQ	3,63 (3,26)	3,02 (3,16)	0,277
SF36- fisikoa	41,26 (8,81)	41,50 (9,17)	0,878
SF36- mentala	44,85 (10,66)	44,02 (13,41)	0,695

2. taula. 3 hilabeteren buruan taldeek izandako aldaketa



3 hilabetera, aldagai nagusia aztertzean (kapazitate funtzionala), ezberdintasun bat ikusten da 2 taldeen artean, EfiKroniK taldearen alde. Halere, ezberdintasun hori ez da estatistikoki esanguratsua.

Bizi kalitatean ere, bi osagaiei erreparatuta –alegia, bai fisikoa bai mentala– hobekuntza handiagoa da EfiKroniK taldeko gaixoengan, nahiz eta kasu horretan ere ez den aurkitu estatistikoki esanguratsua den ezberdintasunik.

4.2. EfiKroniK kualitatiboa

Eztabaida taldeetako parte-hartzaileen arabera, EfiKroniK programa lagungarria da bizi kalitatea, gaitasun funtzionala eta ongizate psikosoziala hobetzeko.. Besteak beste, abantaila hauek aipatu dituzte: ingurune sanitario batean programa aurrera eramateko aukera (haien ustez, programa ez litzateke berdina izango beste erakunde motaren batean gauzatu izan balitz, hala nola kiroldegiren edo gimnasioren baten) (i), eta eurenak bezalako esperientziak bizitzen ari diren pertsonekin harremanetan jartzeko aukera (ii).

Eskizofrenia duten pertsonen diotenez, EfiKroniK programari esker, gaixotasunarekin duten esperientzia normalizatu ahal izan dute, EfiKronikek gaixotasun mentalekiko estigmak apurtzen dituelako, errutinak sortzen laguntzen duelako eta gizarte elkarreraginen alde egiten.

Halere, partaideek onartu dute euren ariketa fisikoaren maila jaitsi egin dela 3 hilabeteko fasearen ostean, oztopo hauek aurkitu dituztelako:

- (i) Partaideekin lotutakoak: tratamenduak gorputzean eragin dizkien aldaketak erakusteko beldurra, ariketa fisikoa gainbegiratzerik gabe egiteko beldurra, konpromisoak eta beharrak ezartzeko zailtasunak, familia beharrak...
- (ii) Baliabide komunitarioekin lotutakoak: kiroldegi eta gimnasioak norberaren beharretara egokituta ez egotea, dimentsio soziosanitarioaren gabezia, tratamenduak errendimendura bideratuta egotea eta ez osasunera...
- (iii) Gaixotasun kronikoarekin lotutakoak: ondoeza fisikoak, ariketa fisikoarekin talka egiten duten ohitura ez osasuntsuak, tratamenduen ondorioak...
- (iv) EfiKroniK programarekin lotutakoak: programaren iraupena ez da nahikoa ariketa fisikoari buruzko informazioa barneratzeko eta autonomia lortzeko.

5. Ondorioak

Ariketa fisikoko programak onuragarriak dira gaixotasun kronikoak dituzten gaixoentzat, bereziki erakunde sanitarioetan eta gainbegiratuta egiten direnengan. Halaber, gainbegiratzea bukatutakoan, onura horiek jaitsi egiten dira, hainbat mailatan agertzen diren oztopoen ondorioz.

Euskadiko espazio soziosanitarioan arreta integratua eta etengabea sustatzeko, beharrezkoa da sektorearteko koordinazioa sustatzea; baita inplementazio estrategiak eraikitzea ere, Osakidetza zerbitzu zorroan era honetako programak sartu ahal izateko.

Terapia gisa ariketa fisikoa ohikotasunez erabiltzeak posizio aitzindari batean kokatuko luke Osakidetza kronikotasunaren maneian.

5. Bibliografia

1. 2018 Physical Activity Guidelines Advisory Committee Scientific Report. Washington DC: US. Dep. of Health and Human Services.
2. Heywood R. Efficacy of Exercise Interventions in Patients with Advanced Cancer: A Systematic Review. *Arch Phys Med Rehabil.* 2018 Dec;99(12):2595–620.
3. Cormie P. The Impact of Exercise on Cancer Mortality, Recurrence, and Treatment- Related Adverse Effects. *Epidemiol Rev.* 2017 01;39(1):71–92.
4. Gorczynski P. Exercise therapy for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev.* 2010 May 12;(5):CD004412.
5. Datos relevantes de la Encuesta de Salud del País Vasco 2013. 2014.
6. High Quality Care For All NHS Next Stage Review Final Report CM 7432-7432 [Internet, 2019 Feb 14]. Available from:https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/228836/7432.pdf
7. Heston AH. Addressing physical activity needs of survivors by developing acommunity-based exercise program: LIVESTRONG® at the YMCA. *Clin J Oncol Nurs.*2015 Apr;19(2):213–7.
8. Cormie P. Implementing exercise in cancer care: study protocol to evaluate acommunity-based exercise program for people with cancer. *BMC Cancer.* 2017 Feb 6;17(1):103.
9. Haas BK. Community-based FitSTEPS for life exercise program for persons with cancer: 5-year evaluation. *J Oncol Pract.* 2012 Nov;8(6):320–4.
10. Mina DS. Connecting people with cancer to physical activity and exercise programs: a pathway to create accessibility and engagement. *Curr Oncol.* 2018;25(2):149–62.
11. Pardo A. Effectiveness of a supervised physical activity programme on physical activity adherence in patients with cardiovascular risk factors. *Apunts Med Esport.* 2014; 49(182): 37-44.
12. Martín-Borràs C. A new model of exercise referral scheme in primary care: is the effect on adherence to physical activity sustainable in the long term? A 15-month randomised controlled trial. *BMJ Open.* 2018 03;8(3):e017211.
13. Grol R. From best evidence to best practice: effective implementation of change in patients' care. *Lancet.* 2003 Oct 11;362(9391):1225–30.
14. Ortega R. PEPAF group. Cardiorespiratory fitness and development of abdominal obesity. *Prev Med.* 2019 Jan;118:232–7.
15. Sancho A. Supervised physical exercise to improve the quality of life of cancer patients: the EFICANCER randomised controlled trial. *BMC Cancer.* 2015 Feb 6;15:40.
16. Ortega R. Supervised exercise for acute coronary patients in primary care: a randomized clinical trial. *Fam Pract.* 2014 Feb;31(1):20–9.
17. Zuazagoitia A. Rationale and design of a randomised controlled trial evaluating the effectiveness of an exercise program to improve the quality of life of patients with heart failure in primary care: The EFICAR study protocol. *BMC Public Health.* 2010 Jan 25;10:33.
18. Grandes G. Effectiveness of physical activity advice and prescription by physicians in routine primary care: a cluster randomized trial. *Arch Intern Med.* 2009 Apr 13;169(7):694–701.

3.3 Udal musika eskola bateko dantza jarduera erorikoen prebentziorako: adinekoei zuzendutako esku-hartzea.

Maialen Araolaza Arrieta

EHUko Fisioterapia irakaslea

maralaza@gmail.com

1. Sarrera

Erorikoak epe luzeko komorbiditatearekin lotzen dira eta adineko pertsonen funtzionaltasuna kaltetzen dute. Urtero, komunitatean bizi diren hiru pertsona adinduetatik bat erori egiten da. Nolanahi ere, biztanleriaren zahartzea erronka garrantzitsua izanik, esku hartze prebentibo eraginkorrek aukera ematen dute erorikoek eragindako ondorio pertsonal, sozial eta ekonomiko handiak ekiditeko.

Ariketa fisikoa oinarri, taldean gauzatutako esku hartzeak eraginkorrak dira erorikoen prebentziorako (Gillespie et al., 2012), batez ere oreka lantzen badute (Sherrington et al., 2016). Halere, adinekoei zuzendutako esku hartze horien atxikimendu tasak baxuak izan ohi dira, eta eraginkortasuna kolokan jartzen dute. Hori dela eta, esku hartzeek sortzen duten gozamina eta gogobetetzea garrantzitsuak izan daitezke epe luzeko atxikimendua lortzeko (Kendall & Fairman, 2014).

Dantzak mugimendua, zentzumenak eta funtzio kognitiboa sustatzen ditu (Kattenstroth et al., 2010) eta etorkizun handiko esku hartzea da, adinarekin batera gaitasun fisiko eta mentalek jasaten duten gainbeherari aurre egiteko (Rehfeld et al., 2017). Dantzaren onurak hobeto zehazteko ausazko azterketa kontrolatu gehiago behar diren arren, gomendatzen da adinekoei zuzendutako eta dantzan oinarritutako programen parte hartzean eta atxikimenduan eragiten duten faktoreei buruz ikertzea (Keogh et al., 2009). Izan ere, epe luzeko atxikimendua lortuz gero, erorikoak saihesteko esku hartze eraginkortzat har liteke dantza.

Lan honen helburua da adinekoek parte hartze eta atxikimendu handia erakutsi duten euskal dantza tradizionalako (DT) programa baten ezaugarriak deskribatzea, erorikoen prebentzioaren ikuspegitik.

2. Metodologia

Bilboko “BilbaoMusika” DTko eskola ezagun baten ezaugarriak aztertu ziren, bereziki atxikimenduarekin eta motibazioarekin zerikusia zutenak (hala nola programa bera, irakaskuntza-metodologia eta partaideen ezaugarriak), egindako erregistro instituzionalako eta entsegu aleatorio kontrolatuko datuetan oinarrituta.

3. Emaitzak

3.1. Iraupena eta dosia

Maialen Araolaza Arrieta

DT programak 6 urteko iraupena zuen eta maila bakoitzak, ikasturte batekoa. Astean bi saio ematen ziren (150 min asteen): 90 minutuko eskolaldia (eskolan egiten zen, eduki berriak ikasteko), eta 60 minutuko praktikaldia (eskolatik kanpo egiten zen, eskolaldiko edukiak birpasatzeko).

3.2. Irakaslea eta metodologia

Dantzako irakasle aditu batek gidatzen zituen eskolak, musikan prestakuntza ere bazuena. Programaren zailtasun progresiboak hauek izan ziren: 1) musikak ezarritakoa, 2) urratsa eta mugimendua bera eta 3) espazioaren erabilera (1). Lehen lau urteetan, 15 dantza multzotik gora ikasi ziren, eta, ikasi ahala, haien aldaerak landu ziren errepasso gisa. Saioak 7-9 minutuko ataletan zeuden antolatuta, hainbat helburu eta metodologia txandakatuz. Ikasteko metodologiaren arabera, zenbait baliabide erabili ziren: erritmoak eskuekin edo hitzekin lantzea, tempoaren aldaketa, rol aldaketa, etab. DT saioen bidez gizarte-interakzioa, plazera eta komunitatearekiko identifikazioa (erantsitako balore kulturala barne) sustatu ziren.

1. irudia. DT programaren zailtasun progresiboak. Adibide bat: Baztango zortzikoa.

1) Musikak ezarritakoa	2) Urratsa eta mugimendua	3) Espazioaren erabilera
<p>●●●○/●●●○/●●●○/●●●○</p> <p>R L R L R L R L</p> <p>● = 140-180 bpm</p>		

3.3. Parte-hartzaileak

Erregistro instituzionalari dagokionez, ikasturtea hasi baino lehen izena emanda zuten 331 parte-hartzaileen % 47k (% 83 emakumeak ziren) 60 urte baino gehiago zituen. Eskaintzen zen plaza kopurua baino izen emate gehiago egon ziren (% 64 itxarote-zerrendan gelditu zen), eta % 9k jarduera utzi egin zuen. Urteko matrikula 68,6 eurokoa izan zen.

Entsegu aleatorio kontrolatuari dagokionez, aldiz, 60 urte baino gehiago izan eta entseguan parte hartzea onartu zuten emakumeen artean (n=22) % 90 bertaratu zen saioetara. % 15ak joateari utzi egin zion, honako arrazoi hauengatik: osasun arazoak (% 4), lanarekin kontziliazio zailtasunak (% 4), eta ikerketan parte hartzea errefusatu izana (% 7).

4. Ondorioak

DT programa epe luzerako talde jarduera erakargarri bat da, gaitasun sentensoriomotorrak eta kognitiboak sustatu eta ererikoak prebenitzeko gomendio asko betetzen dituena. Jardueraren berezko ezaugarriez gain, beste faktore batzuk, hala nola sozialak, psikologikoak eta demografikoak (inklusibitatea), kulturalak (identitatea) eta irigarritasunak (osasun orokorra, ekonomia), garrantzitsuak izan daitezke adineko pertsonen erakarpina, atxikimendua eta motibazioa lortzeko. Esku hartze eredu honen ezaugarriak, beraz, beste ingurune batzuetan imitatu ahal izango dira.

5. Bibliografia

1. Gillespie, L. D., Robertson, M. C., Gillespie, W. J., Sherrington, C., Gates, S., Clemson, L. M., & Lamb, S. E. (2012). Interventions for preventing falls in older people living in the community. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 9, CD007146. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007146.pub3>
2. Kattenstroth, J.-C., Kolankowska, I., Kalisch, T., & Dinse, H. R. (2010). Superior Sensory, Motor, and Cognitive Performance in Elderly Individuals with Multi-Year Dancing Activities. *Frontiers in Aging Neuroscience*, 2. <https://doi.org/10.3389/fnagi.2010.00031>
3. Kendall, K. L., & Fairman, C. M. (2014). Women and exercise in aging. *Journal of Sport and Health Science*, 3(3), 170–178. <https://doi.org/10.1016/j.jshs.2014.02.001>
4. Keogh, J. W. L., Kilding, A., Pidgeon, P., Ashley, L., & Gillis, D. (2009). Physical benefits of dancing for healthy older adults: a review. *Journal of Aging and Physical Activity*, 17(4), 479–500.
5. Rehfeld, K., Müller, P., Aye, N., Schmicker, M., Dordevic, M., Kaufmann, J., Hökelmann, A., & Müller, N. G. (2017). Dancing or Fitness Sport? The Effects of Two Training Programs on Hippocampal Plasticity and Balance Abilities in Healthy Seniors. *Frontiers in Human Neuroscience*, 11. <https://doi.org/10.3389/fnhum.2017.00305>
6. Sherrington, C., Tiedemann, A., Fairhall, N. J., Hopewell, S., Michaleff, Z. A., Howard, K., Clemson, L., & Lamb, S. E. (2016). Exercise for preventing falls in older people living in the community. In *The Cochrane Library*. John Wiley & Sons, Ltd. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012424>

3.4. Historia Klinikoak euskaraz

Adrian Zelaia Nuñez

Aintzat Elkarteko kidea

adridu21@hotmail.com

1. Aintzat aurkezpena

Orokorrean espainol hutsean funtzionatzen duen administrazio publikoaren berebiziko atal honetan, euskara txoko txiki batzuetara mugatua dagoela ikusten dugu bai paziente, bai ikasle eta baita langileok ere. Muga hau gainera ahazkotasunera mugatzen da, praktikara eta erregistroetara iristen ez den espazioetara, salbuespenak salbuespen.

Osasun arloko lan munduan erdarak dira hizkuntza hegemonikoak: lan giroa, komunikazio formala, hizkuntza zientifiko-teknikoa, profesionalak idazten dituzten bilakaera-orriak, espezializazio planak... Faktore hauek guztiak, beste zenbaitzuek gain, ondorio bat dute: paziente euskaldunek ez dute bermaturik osasun arreta euskaraz jasoko dutenik.

Osasun arloko hezkuntzari dagokionez, ez dago ikasketak euskara hutsean burutzeko aukerarik ez lanbide heziketan ezta Unibertsitatean ere. Ipar Euskal Herriko ikasleek unibertsitate frantsesetara jo behar izaten dute ikasketak burutzera. Hego Euskal Herriko Unibertsitateek, alderdi batetik, ikasketa batzuk gaztelaniazsoilik eskaintzen dituzte, Nafarroako Unibertsitate Publikoko Erizaintza zein Medikuntza gradua kasu (Deustuko Unibertsitateari aipamenik egin ote zaio inon?). Eta, bestetik, euskaraz eskaintzen diren lerroek ez dute bermatzen ikasketak euskara hutsean burutzeko aukerarik, Euskal Herriko Unibertsitateko Medikuntza gradua kasu.

Behin eta berriro, Euskara Planaren arabera bete beharrekoak ziren hainbat minimo urratzen zirela ikusi dugu eta Osakidetzari etengabe eskatu zaio urraketa horiek zuzentzeko. Publikoki bestelakorik adierazten duten arren, urte hauetan ikusitakoak ikusita, argi eta garbi esan dezakegu euskara ez dela izan, eta ez dela gaur egun, inolaz ere lehentasunezko gaia ez Osakidetzako Zuzendaritza Nagusian, ez Zerbitzu Erakunde desberdinetako zuzendaritza organoetan, ezta tokian tokiko buruzagitzetan ere.

Agerikoa denez, euskara planen formatu teoriko zein praktikoa ez da batere eraginkorra. Botere harremanak, barne ustelkeria, paziente euskaldunekiko utzikeria, langile euskaldunekiko mespretxuak, etab. ezin dira albo batera utzi, eta 3. plan batek, egiturazko aldaketarik planteatu ezean, ez luke ezer aldatuko, ez luke inondik inora euskarazko osasun arretarik bermatuko.

Osakidetzak langileen gain jarri du zerbitzua euskalduntzeko pisu gehiena, baina euskararen normalizazio prozesuak zuzendaritzen inplikazio aktiboa behar du ezinbestean. Euskara erdigunera ekarri eta Osakidetzaren baitan hegemonizatzea dugu helburu. Kontratazioa, formakuntza, etab. ahaztu gabe, baina bestelako ekimen folklorikoei (euskal kafe eta mendi irteerak, urtean behin euskarazko saio bat ematea...) dagokien eraginkortasun eta garrantzia urria azpimarratuz. Horretarako jaio ginen, horretarako ari gara langile, ikasle eta pazienteak antolatzen.

2. Alta txostenen dinamika

Egoera guzti honetaz jakitun den langile talde batek euskalgintza berriari, herrigintzari eta euskal komunitateari bere ekarpena egin nahi izan zion Euskaraldiaren abagunea profitatuz: arreta era integralean euskaraz eskaini nahi izan du, bai ahozko komunikazioan eta bai idatzizkoan ere. Helburua argia zen: txosten klinikoak, pazienteekiko komunikazio formalaren elementu funtsezkoenak, euskaraz idazten hastea.

Gaixoei beraien ama-hizkuntzan emandako arreta da osasun arretarik onena, komunikazio eraginkorrean eta pazientearengan oinarriturikoa. Hortaz, euskarazko arreta formala zein informala kalitatezko arreta baterako gutxieneko baldintza bilakatzen hasi beharko gara.

Gaixoei bideratutako Larrialdietako txosten kliniko batzuk euskaraz idazteko planteamendua hasi genuen zenbait ospitaletan.

Honako eskaera bidali genien Gasteizko, Donostiako, Galdakaoko eta Zumarragako ospitaleetako zuzendaritzei:

“Euskaraldian zehar, eta baita bertatik aurrera ere, honakoa planteatzen dugu:

Urgentziatako zerbitzuan (baita urgentzia pediatrikoetan ere), 4 edo 5. prioritateko paziente euskaldunek, inongo jarraipen espezializaturik behar ez dutenek, edota jada mediku euskaldun baten jarraipena izango dutenek, euskarazko alta txostena jasotzea.

Jada zenbait langilek egiten dugun jarduera den arren, Izugarritzko aurrerapausoa litzateke gure ESIin ekimena hau ohiko jardunean txertatua edukitzea, eta hortaz ondo egiteko aukera edukita, honakoa behar genuke:

- Zerbitzu eta unitateburuei e-mail batean asmo hau adieraztea.

-Urgentziatako alta txostenen aurreidatziak euskaratzeko tresnak mahai gainean jartzea. Azken honentzako, gure prestutasun osoa adierazi nahi genizun, eta gure kabuz ere egiten hasiko garela aipatu.”

ESI bakoitzean erantzun ezberdina jasota (ezezko borobilenetik zuzenean ez erantzutera), langileak izan ziren dinamika martxan jartzeko arduradunak. Behin martxan ginela ikusita, orduan hasi ziren zenbait zuzendaritza gure jarduna mugatu eta fiskalizatu nahian, onarpen partzialekin gehienbat. Donostian, adibidez, euskarazko txostenaren bukaeran espainolezko laburpen bat egitea exijitu zitzairen.

Jakinik ekimena honetan parte hartuko zuten kide gehienak mediku egoiliarrek zirela, lankide zaharragoak eta gure nagusiak egunerokotasunean modu indibidualean gehiegi konfrontatu behar ez izateko aurretik aipaturiko baldintza konkretuetara mugatu genuen eskaria. Hala ere, aipatu behar da aipatzen diren paziente mota dela urgentziatako zerbitzu gehienetako ohikoena, eta kasu askotan baldintza horietatik kanpo ere eman izan dira, beti ere ia ezkutuka.

Hala, eskaera publikoa egin genion pazientegai orori, langile orori, eta euskal herritar orori: larrialdietan alta-txostena euskaraz eskatu. Kasu askotan ezin izango genuke gure nahia bete, baina eskari handiagoak beharra normalizatuko luke, argiago eginez zerbitzu euskaldunen bermearen beharra.

Gurea dena defendatzeko jarri ginen lanean: euskaraz, eta ez besterik, idazteko eskubidea. Euskaraz, Euskal Herrian. Emaitzak ez genituen kontabilizatu: nahi baino txosten gutxiago izan ziren, seguru. Ez genuen zerbitzu ezberdinetan dinamika txertatzea lortu, alde nabaria baitago zerbitzu egiteko debekurik ez izan eta zuzendaritzatik datorren agindu bat ez betetzearen artean. Hala ere, balorazio oso positiboa egin genuen: euskaraz idatzi daiteke aurretik idatzi ez den esparruetan, eta esparru guztiak ditugu oraindik arakatzeko.

Eskura genituen aurreidatziak gure kasa itzuli eta igo behar izan genituen plataformara. Araba ESIko euskara zerbitzua, beti bezala, laguntzeko prestutasun osoz. Proposamenari hasieratik ezezkoa, bideragarria ez eta gehiegizkoa zelako. Itzulpenean eta difusioan laguntzarik ez. Behin Euskaraldia bukatuta, txostenak euskaraz idatzi zituzten langileen zerrenda eskatu zuten, txostenak barne, pazienteen oniritzirik gabe. Txapak eta kartelak nonahi, baina arlo klinikoan ez ezazue sekula euskara sartu.

Azpimarratzekoa da lankide euskaldun askoren aurkakotasunezko jokabidea: beldurra, lankide espainolekiko konplizitatea, egingarritasunarekiko zalantzak... baita zuzendaritza ezberdinen aurrean proposamena atzera botatzeko saiakerak. Horiek bai, euskaldun zintzoak.

Konponbidea, txostenak egitea eta aurreidatziak itzultzea baino latzagoa izan arren, begi bistan dugu epe luzera begirako dinamika: euskaraz lan egin, euskaraz formatu, MIR azterketaren egituraketa aldatu, kontratazioan euskara baldintza bihurtu gehigarri beharrean (espainola eta frantsesaren gisan), eta osasun egituretan euskara hegemonizatzea, bai administratiboki eta bai pertsonal aldetik. Orobat, osasun arretan pazientea erdigunean jartzea, euskaldunak albo batera utzi gabe, euskaldunen osasuna kaltetu gabe.”

Hortaz, pazientegai orori, langile orori, eta euskal herritar orori honako gonbita luzatzen diogu: Larrialdietara joatean, eska dezatela alta-txostena euskaraz. Larrialdietatik haratago ere, egin diezaietela eskaera beren osasun administrazioei arreta euskaraz eskaini eta komunikazio kliniko idatzia ere euskaraz emateko. Horretarako, Elebideri eta norbere osasungintzako arduradunari (Osakidetza zein Osasunbideari) iradokizun, eskaera, edo kexa bideratuz.

3. Itzulbide

Itzultzaile automatikoaren proiektuak urteak daramatza martxan. Hala ere, egoeraren analisi egokirik gabe lan antzua egiteak, osasungintza eta euskalgintza antzu eta kaltegarri batera garamatza. Ia Osakidetza bezain zaharra den euskalgintza antzua.

Osasun arretan berdintasunak osasun zerbitzuetarako sarbide bera, beharrekiko erabilera bera eta arreta kalitate bera eskatzen ditu. Komunikazio mugek eta segurtasun kultural faltak arriskuan jartzen dute ekitate hau. Gizarte elebidun batean hizkuntza minorizatua hitz egiten duen pazienteak ez du komunikatzeko gaitasun eta erraztasun bera edukiko osasun hornitzaile ez elebidun batekin edo bere komunitateko kide batekin (edo gutxienez bere lehen hizkuntza dakien norbaitekin).

Berdintasunaren bilaketak arazoan identifikazio bibliografikoa, ikerketa eta konponbidea ekarri behar ditu. Zalantzarriak izan daitezkeen edota ebidentzian oinarriturik ez dauden konponbideak garatu aurretik komunitateen beharrak identifikatu behako lirakeke. Osasun ikerketek gold estandarren arabera eta jarraiki funtzionatu beharko lukete, eta ez metodologia korapilatsu edo ez zientifikoaren arabera.

Komunitateak beren osasun arretako hizkuntza beharren identifikazio eta konponbide planifikazioan inplikatu behar dira, segurtasun kulturala eta eskaintza aktiboaren eredia jarraitu nahi bada. Bestela, pazienteen ongizatea osasun arretaren horniduran inplikaturiko industria ezberdinen (informatika, farmazeutikak, etab.) lehentasun ekonomiko edo bestelako lehentasun teorikoek ordezkatu dezakete, pazientearengan zentratutako ereduak aldenduz.

Komunitate elebidun ezberdinetan eman daitezkeen identifikatu gabeko beharren diagnosi eta planifikazioa eskatzen du ikerketaren etikak, soilik egungo gold estandarrak hobetu edota berdintzeko asmoa duten alternatibak eskaintzeko. Bere burua errespetatu nahi duen edozein hizkuntza edo kultura programak ezin dezake bere burua hizkuntza mugen etsipenezko konponbideak bilatzera mugatu, egun gaiaren inguruan dagoen ebidentzia kontuan hartu gabe.

Makina bidezko edo automatikoak diren itzultzaileek ez dute osasun arretan beren kontura ezartzeko eraginkortasun, zehaztasun edo egokitasunik erakutsi, nahiz eta hizkuntza mugen kasuan tresna osagarri gisa erabil daitezkeen.

Adrian Zelaia Nuñez

Itzulpena ez da aukera egokia ingurune elebidunetarako, non ez dagoen hizkuntza mugarik. Hizkuntza parekotasuna da komunikaziorako kulturalki segurua den espazioak sortzeko bidea, non itzulpena azken aukera gisa gorde beharko litzatekeen. Itzultzailearen kalitatea gorena izanik ere, ez du inondik inora osasun arreta estandar onenera iristeko baldintzarik betetzen. Ez ditu Pazienteen segurtasuna eta gogobetetasuna hobetuko duen edo ez aurreikusten.

Hizkuntza mugak dela eta, egungo gold estandarra hizkuntza parekotasuna da giza itzultzailea baino, bitarteko gabeko komunikazio zuzen eta osoa ematea ahalbidetzen baitu osasun langile eta pazienteen artean.

Osasun sistemek kompetentzia kulturala, segurtasun kulturala, pazientearengan zentratutako arreta eta hizkuntza parekidetasuna txertatu beharko litzukete abangoardiako kontzeptu gisa hizkuntza mugei aurre egitean.

Horixe baita itzultzaile automatikoak frogatu behar duena: ez itzulpena egiteko tresna egokia denik, pazienteen segurtasuna eta osasun kalitate onena bermatzen duela baizik.. Itzulbidek zera erakusten du: Osakidetzaren Euskara Planak ez direla ebidentzian oinarritzen, ez dituztela pazienteak edota klinikoak aintzat hartzen. Medikuntzatik at dauden teknikari batzuek Osakidetzako zuzendaritza erdaldun baten neurrira egindako plangintzak baino ez dira.

Itzulbide helburu zehatz batekin ernaldu da: euskarazko testu librea gaztelerara itzuli, euskaraz sortu nahi ditugun eremuak erdaldunduz. Hortaz, ez du langileak edota osasun ikasleak euskara ikastera, praktikatzera edota hobetzera animatzen; euskaraz dagoen eremu urria gazteleraz eskainiko baitzaie, langile erdaldunak bakean eta lasai bizi daitezten. Hau da, osasun profesionalen euskara ezagutza ezinbesteko egin beharrean, hautazko bihurtzen du. Hori horrela izanik, ez ditu hizkuntza dinamika hegemonikoak iraultzen, ezta pazienteen euskarazko arretarik bermatzen. Aitzitik, euskaraz ez dakiten profesionalak kontratatzea ahalbidetzen du, bai UEMAKo udalerrietan, bai euskararen arnagune izan daitezkeen beste eremuetan.

Orain arte euskaraz idatzi ez duten horiek hasiko dira, Itzulbide proiektuari esker, buru-belarri euskararen alde, euren burua zurrizteko. Euskaraz idazteko eskubidea onartuko zaigu, jakinda euskara ez dela inoiz ere derrigorrezkoa izango, ezta pazientearekin euskaraz egitea ere. Gure bazterrean, ez diogu inori trabarik sortuko. Baliteke epe motzera euskaraz idazteko lasaitasun handiagoa izatea, baina euskara hautazko hizkuntza bilakatzen badugu, egungo gaixotasuna kronifikatzera kondenatuta gaude.

Ekimena honek, funtsean, euskaltzale otzanak, sagardotegiko eta mendiko euskaltzaleak, baina lan esparruko losintxariak lasaitzeko baino ez du balio.

Ausazkoa omen den ekimena, Osakidetzaren esparru osora zabaldua, zenbait langile euskara hutsean lanean hasi eta hilabete eskasetara. Pazienteek txosten klinikoak euskaraz ematen hasi eta berehala euskaraz ez dakiten horiei ikasteko beharra kendu nahi diegu. Hortaz, euskararen beharra kentzea Osakidetzaren proiektu estrategikoa dugu egun. Zuzendaritzak ez du etsitzen. Guk euskaraz idazten duguna erdaraz nahi du.

Espainiera derrigorrezko ezagutzazkoa egin, lanerako exijitu, unibertsalizatu eta estandarizatu. Euskaraz ezin formatu, ikasi, artatu, ezta lan egin ere. Ez dira ikasketak euskalduntzen, ikasketa euskaldunekin ez da euskara maila nahikoa ziurtatzen, ikasketa erreminta oro espainieraz, baita formazio espazioak eta langileen arteko kolaborazioak ere. Ez zaie pazienteek aktiboki galdetzen zer hizkuntzatan artatuak izan nahi duten, ez dira euskarazko zirkuituak martxan jartzen, baina beti izango dute espainiera eskura administrazioarekin duten edozein arazo konpontzeko.

Euskaltzale «tradizionalak», esku bat euskaltzaletasun indibiduala goraiatzeko dauka eta bestea administrazio espainiar eta frantsesei bostekoa emateko. Egizue euskaraz lasai, gainerakoei emango baitizkiegu tresnak berau jakin gabe zuek idatzitakoa ulertzeko. Ur txikitako euskaltzaleak, arazoaren muinari eta sakontasunari heldu gabe norberaren azaleko kontzientzia garbitu nahi dutenak, esparru ofizial orotan euskara marjinala den bitartean. Euskal idazle baten hitzei jarraiki: “subordinaziotik

sistema ezin dela aldatu ohartzen direnean halako bipolaritate patxadatsu batean bizitzen saiatzen diren horiek daude, errealitateak etengabe ukatzen dizkien hitzak eta mezuak erabiliz galeriara begira, eta de facto menpekotasuna onartuz erabaki praktiko guztietan. “

Bada euskarazko osasun corpora, graduatan zehar ikasia, nahiz eta graduak ere hein handi batean espainolez bukatu. Arazoa lan esparruan dago, non guztiz espainolez funtzionatzen den. Hizkera teknifikazio ikastaroek ez dute ezertarako balio gradua bera euskaldundu gabe edota lan egiteko esparruak landu gabe.

Osasun langile euskaldunak gara, ez itzultzaileak. Ez gaude atzerrian, utzi diezagutela gure herriko, Euskal Herriko pazienteei arretarik onena (euskarazko arreta) ematen.

Konponbidea epe luzerako plangintza egitean datza, eta hurrengo puntuetan laburbiltzen ditugu osasun egituretan euskara normalizatzeko proposatzen ditugun lan-ildoak:

Itzulbide proiektua behin-behinean etetea hurrengo proposamenak garapen bidean jarri arte:

- **Ikasketak eta formazioa euskara hutsean egiteko aukera bermatu.**
- **Hizkuntza zientifiko-teknikoa euskaratu eta estandarizatu.**
- **Froga osagarriak eta proba diagnostikoak euskaraz jaso.**
- **Esparru formal orotan euskaraz idazteko aukera ziurtatu: ibilbide elebidunen gisako formatuak landuz adibidez.** Osasun arreta maila guztietan, lehen mailatik espezializatura, euskarazko zerbitzu integrala eskainiko duten profesionalen katea.

Euskaraz ikasi nahi dugu. Pazienteak euskaraz artatu nahi ditugu. Euskaraz azaldu nahi ditugu gure ondoezak gaixoaldian. Osasungintzako paziente, ikasle eta langileak gara eta osasungintza euskalduntzera gatoz.

Euskararen normalizazioa osasun-arloan

3.5. Itzulbide: osasun-txostenen itzulpen automatiko neuronal

Olatz Perez de Viñaspre Garralda

Ixa taldea, UPV/EHU

olatz.perezdevinaspre@ehu.eus

1. Sarrera eta arloaren egoera

Euskal Autonomia Erkidegoan (EAE) euskara eta gaztelania hizkuntza ofizialak dira, eta txosten ofizial guztiak bi hizkuntzetan argitaratzen dira. Osakidetza EAEko osasun zerbitzu publikoa denez, Erakundeak bi hizkuntzetan argitaratzen ditu txosten orokorrak; baina txosten klinikoei dagokienez, gaztelania izan da orain arte erabili den hizkuntza (ia) bakarra. Hala ere, eta Osakidetzaren proiektu estrategikoaren arabera, aurreikusitako ekintzetako bat da “dokumentazio klinikoan eta historia klinikoan euskararen presentzia pixkanaka handitzea” (1.4.2. ekintza, Osakidetzaren 2017-2020ko erronka eta proiektu estrategikoei buruzkoa), gaur egunean oraindik errealitatea ez bada ere.

Osakidetzako langile egonkor elebidunen portzentajea urtetik urtera goraka doa (% 2-4 urteko, gaur egunean ia-ia % 50era heldu arte), eta agerikoa da langile gazteenen kasuan portzentaje hori askoz altuagoa dela. Hala eta guztiz ere, profesional falta eta kanpotik sortutako arazoak direla medio, Osakidetzako langile guztiak euskaldunak izango diren eguna urrun dugu oraindik; ondorioz, historia klinikoan euskarak gaztelaniarekin partekatu beharko du tokia. Horretaz gain, Europatik datozen berriei kasu eginez gero, pertsona guztien historia kliniko laburtua Europako edozein hizkuntzatan egongo da eskuragarri etorkizunean. Testuinguru horretan, ezinbestekoa ematen du txosten elebidunen arloa jorratzen hastea, eta, jakina, euskarari dagokion esparrua aitortu eta lantzen hastea.

Tamalez, osasun-arloko langileek denbora oso mugatua dute pazienteak artatzeko eta dagokion txostena idazteko. Beraz, txosten horiek bi hizkuntzetan idaztea ez da irtenbide bideragarria profesionalei laguntza eskaintzen ez bazaie. Gaur egunean teknologiak eskaintzen dizkigun aukerekin, itzulpen automatikoko sistema batlaguntza tresna paregabea izan daiteke.

Dokumentazio elebiduna automatikoki sortzeari dagokionez, antzeko esperientziak egin dira justiziaren arloan. Kasu zehatz horretan, aurrez erredaktatutako testu kopuruaz eta testuen formaltasunaz baliaturik, alde aurreko itzulpenetan oinarritutako estrategia bat baliozkotu ahal izan zen, eta, itzulpen-memoriak erabiliz, beharren arabera emaitzak lortu ziren. Dokumentazio klinikoaren esparrua eta justiziarena oso desberdinak dira: testu juridikoen formaltasuna ez dator bat txosten klinikoetan erabilitako testu librearekin; esate baterako, txosten klinikoetan siglak eta akronimoak erabiltzen dituzte masiboki (hazietako askoez daude ezta adostuta ere), edo amaitu gabeko esaldiak (aditzik gabeko esaldiak). Gainera, testu horien aldagarritasuna handia da, bai estiloetan bai terminologiaren espezializazioan. Ezaugarri horiek testuak prozesatzeko teknika aurreratuagoak eskatzen dituzte, edo, zehazkiago, itzulpen automatikoko teknikak.

Itzulpen automatikoak, berriki, iraultza bizi izan du sare neuronaletan oinarritzen diren teknikei esker. Itzulpen automatiko modernoaren hastapenetan, erregetan oinarritutako itzultzaileak garatzen ziren; hau da, itzulpenak egiteko, hizkuntzalari zein itzultzaileek aztertutako itzulpen erregelak hiztegi elebidunekin konbinatzen ziren. Hala ere, itzultzaile horiek oso antzekoak ziren hizkuntzetan arrakasta izan bazuten ere (gaztelaniaren eta katalanaren arteko itzulpena, adibidez), sintaktikoki ezaugarri ezberdinak zituzten hizkuntzen arteko itzulpenak ez ziren behar bezalakoak. Izan ere, eskuz idatzitako erregela horiek hizkuntzen paradigma guztiak kontutan hartu behar zituztenez, horrek arazoak zekartzen hizkuntzaren anbiguotasunari aurre egiteko. Itzultzaile horiek sortu zituzten, besteak beste, “lehenengo **landarea**” (“*primera planta*”), “azkeneko **batasunak**” (“*últimas unidades*”) edota “autobusak goiz eta **berandu**” (“*autobuses mañana y tarde*”) itzulpen traketsak.

XX. mendeko 90eko hamarkadatik aurrera, digitalizatutako corpus kopurua areagotzearekin batera, corpusetan oinarritutako metodoak agertu ziren (bereziki metodo estatistikoak). Metodo horiekondoko aldagaietan oinarritzen dira itzulpenak egiteko: corpus paraleloetako hitz segiden agerpenen maiztasuna eta haien probabilitatea. Corpus paraleloak bi hizkuntzatan (edo gehiagotan) idatzitako testu bildumak dira, zeinak esaldi mailan lerrotatuta dauden. Elhuyarrenweb-corpusen atarikocorpus paraleloa kontsultatzeko interfazean¹, adibidez, esaldiak lerrotatuta ikus ditzakegu:

1. irudia: Elhuyarren web-corpusen atarikocorpus paraleloaren pantaila-irudia

Emaitzak: 176 itzulpen-unitate, 36 domeinu	
Euskara	Gaztelera
Clavenet-eko kodeak (sarrerakoa nahiz sinadurakoa) blokeatuko dira, hiru aldiz oker sartzen badira.	Las claves de Clavenet (tanto la de entrada como la de firma) se bloquean cuando se introducen erróneamente tres veces.
Nola ziurta dezaket ez dudala okerrik egin datuak aginduan sartzean?	¿Cómo puedo asegurarme que no he cometido errores en la introducción de datos en la orden?
Okerrik diseinuan.	Errores de diseño.
Ligatzean ez okerrik egin (emakume eta gizonezkoak)	Cuando liganos no te liganos (mixto)
Iñaki Zubeldia: Zure liburu konkretuetara etorri, zure gazte literaturako lehen obra, oker ez banago, "Zikoinen habian sartuko naiz" liburua da, 1986an idatzia.	Iñaki Zubeldia: Volviendo a tus libros, si no estoy confundido, tu primera obra de Literatura Joven fue el libro "Zikoinen habian sartuko naiz", que escribiste en 1986.
Gaiaren arabera ikuspegi eta tratamendua ere ezberdina da, jakina, baina, oker ez banago, guztietan ezaugarri nagusietako batzuk irudimen handia, hizkuntzarekin jolasteko grina, umorea eta haurrenganako hurbiltasuna dira.	Según el tema que se trate, varían la perspectiva y el tratamiento, por supuesto, pero, si no es equivocado, las características principales de todos ellos son una gran imaginación, la pasión por jugar con el lenguaje, el humor y la proximidad a la infancia.
Etxaldea, fatxada luzituta eta leilatu okerrik dituzten eraikuntzez osatuta dago.	El caserío está formado por edificios de fachada enlucida y empinados tejados.
Ez ziren hemeretzigarren mendeko eraikuntza eta zabalguneko zoruaren ezaugarriak aintzat hartuta idatzitakoak izan, eta susmatzeko da okerra izan dela halaber ordenantzen kudeaketa; sustatzaileen aldetik ez ezik baita erakundeen aldetik ere.	No fueron consideradas las características constructivas ni las características del suelo ensanche en su redacción, y es de sospechar que su gestión ha sido equivocada; no sólo por parte de promotores sino por parte de la administración.
Okerreko sarrerak itzultzeko eskaera	Solicitud devolución de ingresos indebidos

Azkenik, 2015. urtetik aurrera, itzulpen automatikoaren kalitateak berebiziko iraultza izan zuen sare neuronaletan oinarritutako arkitekturei esker. Arkitektura horiek gure burmuineko neuronetan dute inspirazioa: neurona bakoitzak ekuazio lineal simple bat kalkulatu du, eta milaka neurona konbinatuz, ataza oso konplexuak ikasteko gai dira. Harrigarria da nola oso antzekoak diren sare neuronaletan oinarritutako sistemen ikaste prozesua eta pertsonen ikaste prozesua. Izan ere, testuingurua erabiltzen dute esanahia ezagutzeko, guk geuk hitz berri bat ikastea gauzatzen dugun prozesu berdina. Hau da, demagun “Yolixpa” hitza ezezaguna zaigula, eta honakoa irakurtzen dugula:

“Mexikora egin genuen bidai hartan probatu genuen Yolixpa lehen aldiz”.

Esaldi horretatik, “Yolixpa”ri buruz janari edo edari bat izango dela ondoriozta dezakegu, baita Mexikokoa dela ere. Jarraian, beste esaldi hau irakurtzen dugu:

“Gogoratzen dudana ajerik okerrera izan nuen Yolixpa edan eta gero”.

Bi esaldiak irakurrita (hiztegiko definizioa begiratu gabe), “Yolixpa” Mexikoko edari alkoholdu bat dela jakin dezakegu; eta, antza, sare neuronalek modu antzekoan ikasten dituzte hitzen eta esaldien errepresentazioak eta itzulpenak.

1 Web-corpusen ataria: <http://webcorpusak.elhuyar.eus/cgi-bin/kontsulta2.py> (2020ko otsailaren 29an atzitu)

Itzultzaile neuronalek corpus kopuru benetan erraldoiak behar dituzte horren emaitza onak lortzeko (milioika eta milioika hitz) eta, ondorioz, ez da beti posible itzultzaile neuronal dezente bat sortzea baliabide nahiko ez badaude. Ildo horretatik, Koehn eta Knowles egileek (2017) itzulpen automatiko neuronalaren 6 erronka plazaratu zituzteneuren lanean, zeinetatik 3 bereziki esanguratsuak dira arlo klinikora egokitze eta euskararekin lan egiteko:

Corpus erraldoien beharra: esate baterako, aurretik aipatutako lanean (Koehn eta Knowles, 2017), ingelesa-gaztelania hizkuntza parerako, 385,7 milioi hitzeko corpus paraleloa erabiltzen dute emaitza onenak lortzen dituen sistema entrenatzeko. Halere, halako corpus handiakeskuratzea ezinezkoa izan daiteke hizkuntza pare eta domeinu zehatz gehienetan.

Domeinura egokitze zailtasunak: corpus erraldoien beharrarekin dauka zerikusia puntu honek. Izan ere, domeinu zehatzetan eskura egoten diren corpusak urriak izaten dira (edo, behintzat, ez erraldoiak), eta horrek sare neuronalaren ikasteko ahalmena asko murrizten du.

Inflexio altuko hitzekin arazoak (deklinabideak eta aditzak): bai euskarazko deklinabide eta aditzekin, zein gaztelaniazko aditzekin gertatzen da. Inflexioa hitzen alterazio bat dat da, deklinabidearen bidez aditzak jokatzeko sortzen dena. Arazo hau hitz arraroekin ere ematen da; izan ere, sare neuronaletan entrenamenduak egiteko, hiztegi baten tamaina definitu behar da, eta hiztegi horretan sartzen ez diren hitzak ez dira ikasten. Horrek ikas ahalmenean eragina dauka, sare neuronalek ikas dezaketen hitz kopurua mugatzen duelako. Kontuan izan ordenagailuak ulertzen duela “etxe”, “etxea”, “etxera” eta “etxetik” 4 hitz ezberdin direla.

Mundu osoko ikerlarien komunitate handi batek lanean dihardu erronka horiei (eta gehiagori) soluzioak proposatu eta soluziook probatzeko, eta egunetik egunera hobekuntzak nabarmenak dira.

Itzulpen automatikoan emandako aurrerapenak eta Osakidetzaren barnean langileek euskaraz bizi eta lan egiteko duten uneko grinak bideragarria egin dute txosten klinikoak itzuliko dituen itzultzaile automatiko bat garatzeko ikerketa abiaraztea.

2. Itzulbide proiektua

Itzulbide proiektua **ikerketa** proiektu bat da, Osakidetzak eta UPV/EHUko Ixa taldeak elkarlanean garatzen hasi zirena 2019ko udan.

2.1. Helburuak

Itzulbideren helburu nagusia da txosten klinikoak euskaratik gaztelaniara eta gaztelaniatik euskarara itzuliko dituen itzultzaile automatiko bat garatzea. Itzultzaile horrek gaur eguneko sektoreak eskain dezakeenaberdira edo hobetuko badu, sare neuronaletan oinarritutako itzultzailea beharko du izan. Horretarako, ezinbestekoa zaigu txosten klinikoaren corpus paraleloa (elebiduna) osatzea. Izan ere, itzultzaile neuronalek corpusetatik ikasten dute, eta haien fidagarritasunak eragin zuzena dauka itzulpenen kalitatean. Zer esanik ez, corpus horren tamainak ere eragina dauka, eta, horregatik, corpusak ahalik eta handiena izan beharko du.

2.2. Abiapuntua

Proiektuarekin hasi aurretik, Ixa taldean oinarritako itzultzaile bat garatu genuen txosten klinikoak itzultzeko, mota horretako corpus paralelorik izan gabe (Soto et al., 2019). Lan horretan, besteak beste honako baliabideak erabili genituen itzultzailea entrenatzeko:

Euskara-gaztelania corpus paralelo orokor erraldoi bat: bai euskara bai gaztelania, hizkuntzak eurak, ikasteko baliagarriak zaizkio itzultzaileari. Azken finean, txosten klinikoetan ere euskararen eta gaztelaniaren sintaxi zein ortografia arauak mantentzen dira.

Alor klinikoko hiztegi espezializatuak: corpora balira bezala, hiztegiko sarrerak eman dizkiogu itzultzaileari, terminologia espezializatu ikas dezan. Kontuan izan, itzultzaileak entrenamenduan

Olatz Perez de Viñaspre Garralda

ikusitako hitzak bakarrik ezagutzen dituela, eta horregatik dela garrantzitsua entrenamenduan ahalik eta terminologia zabalena barnebiltzea.

Gaztelaniazko txosten klinikoan corpus elebakar handi bat erabili duguback-translation (Senrich et al., 2016) deritzon teknika aplikatzeko; hau da, helburu hizkuntzaren corpora (gaztelaniazkoa gure kasuan) aurretik lortutako itzultzaile onenarekin (corpus orokorra eta hiztegien lortutakoa, gurean) jatorri hizkuntzara (euskara, gure kasuan) itzultzeko. Horrela, sasi-corpus berriak jatorrizko hizkuntza ondo izango ez badu ere, helburua ondo ikasiko du, eta, beraz, itzulpena sortzeko prozesua ondo egingo. Frogatuta dago teknika horrek asko hobetzen dituela itzultzaile neuronalen emaitzak, eta azkenaldian garatu diren itzultzaile gehienek hura erabiltzen dute corpora handitu eta emaitzak hobetzeko.

Kontuak horrela, eta euskarazko corpus elebakar erraldoirik ez dugunez, euskaratik gaztelaniarako itzultzailea izango litzateke bideragarria gaur eguneko baliabideekin. Itzulpen automatikoen adibide batzuk ikus ditzakezue jarraian:

(1-eu) fibrinolisiaren ondoren egoera klinikoak ez da askorik aldatu

(1-es) *tras fibrinólisis el estado clínico no ha variado significativamente*

Lehenengo adibidean, itzulpena pertsona batek egina ematen du; ez dauka inongo akats gramatikalik, ez eta esanahiaren ikuspegitik ere. Egitura zailagoak ere arazorik gabe itzultzeko gai dela ikus dezakegu bigarren adibide honetan:

(2-eu) hipertentsioaren aurkako tratamenduarekin hasi da, tentsioak neurri egokian mantenduz; hipergluzemiarako joera antzeman da egonaldian

(2-es) *se ha iniciado tratamiento antihipertensivo, manteniendo tensiones adecuadas; se ha detectado tendencia a la hiperglucemia durante su estancia*

Hala ere, dena ez da urrea, eta 3. zein 4. adibideetan corpusaren falta nabarmena da.

(3-eu) egun batzuetatik hona **eginkariak** beltzak direla iruditu zaio

(3-es) *desde unos días, se le ha parecido que son negros*

Izan ere, 3. adibidearen kasuan, ematen du “eginkariak” hitza ez duela ezagutu (ziurrenik, ez zen entrenamenduan agertu ere egingo), eta itzulpenean nahasmena da nagusi.

(4-eu) ondorengo egunetan ez zuen botaka egin, eta **beherakoak** gutxituz eta giltzurrunen funtzioa hobetuz joan ziren

(4-es) *en los días posteriores no presentaba vómitos, con disminución de la tos y mejoría de la función renal*

Azkeneko adibidean, beherakoak eta eztula nahasten dituela ikus dezakegu (larria oso, testuinguru klinikoan sintomak nahastea). Antza, corpusean ez du nahikoa kasutan “beherakoak” eta “eztula” hitzak ikusi, eta, ikusi dituenean, beharbada testuingurua oso antzekoaz, nahasgarria.

2.3. Planteamendua

Itzulbide proiektua aurrera eramateko, 3 faseko prozesua abiatu dugu:

Corpusa lortu

Corpusa lortzeko fasea, fase garrantzitsuentzat har dezakeguna. Osasun-arloko langileen inplikazioa eta laguntza behar-beharrezkoak zaizkigu txosten klinikoan euskara-gaztelania corpus paraleloa sortzeko. Ezinbestekoa da adituek sortutako corpora izatea, eta ez itzultzaile profesionalak itzulia.

Izan ere, aditu horiek dira euskaraz nola idatzi nahi duten erabakiko dutenak (estiloa), eta itzulpen egokiaren garantiak emango dizkigutenak (semantikoki itzulpena zuzena dela). Horretaz gain, Osakidetzako itzultzaileek sarritan aipatutako arazo bat ekidingo genuke: terminologia espezializatu zehaztasunez beteta dago, eta zenbaitetan bi termino sinonimotzat har badaitezke ere, beste zenbaitetan ñabardurak egoten dira bien artean; ondorioz, itzulpenaren zehaztasuna (edota zuzentasuna) galdu egiten da. Ezin dugu ahaztu terminologia berria etengabeen sortzen ari dela, bereziki arlo klinikoan, eta termino berri horiek izendatzeko pertsona egokienak adituak eurak direla. Adituak, itzulpenak egitearekin batera, euskaraz idazteko ohitura hartzen hasiko dira, eta horri lotutako zailtasun eta beharrei aurre egiteko aukera sortuko da.

Corpusa espezialitate multzotan bildu dugu. Espezialitateak multzokatzeko, idazteko estiloan jarri dugu arreta. Adibidez, Pediatrian, Lehen Mailako Arretan eta Larrialdietan antzera idatziko balitz, eurek denek (edo gehiagok) espezialitate multzo bat osatuko lukete. Espezialitate multzo horiek aztertu nahi ditugu, eta, beharrezkoa balitz, bakoitzerako itzultzaile espezifikoki bat entrenatu. Espezialitateez gain, txosten motak ere kontuan izan ditugu: alta-txostenak, ebolutiboak eta abar.

Kopuru minimoak zehaztu ditugu espezialitate multzo horietako bakoitzerako: 220.000 hitz hizkuntzako. Horrekin ez dugu esan nahi espezialitate multzo guztietarako kopuru hori lortzea denik helburua, baizik eta egindako esperimenduak esanguratsuak izateko kopuru minimo hori beharko dugula. Izan ere, beste espezialitate multzoetako testuak beti erabiliko ditugu, baina optimizazioak erreferentziatzeko multzoarekin egingo.

Ezin dugu ahaztu fase honetatik sortuko den baliabidea urrea izango dela etorkizuneko edozein itzultzaile automatiko entrenatzeko. Horregatik, corpusa ahalik eta handiena izatea lortu behar dugu, eta, horretarako, proiektuan ahalik eta parte-hartzaile gehien izatea da bide eraginkorrena.

Itzultzailea entrenatu (edo sortu)

Fase honetan, sektoreko teknika arrakastatsuenak aplikatu eta ataza zehatz honetara egokituko ditugu. Horretarako, aurreko fasean sortutako corpusa gehituko diegu hastapeneko itzultzailearen sorkuntzan erabilitako baliabideei. Hasierako itzultzaile hori garatu genuenetik, sektorean aurrerapauso nabarmenak eman dira, eta aurrerapauso horiek Itzulbide proiektuan ere eragin positiboa izango dutela aurreikusten dugu. Horretaz gain, sortuko diren arazo espezifikoeiako soluzioak proposatuko ditugu, hala nola terminologia espezifikoen erabilera.

Aurretik aipatu bezala, espezialitateak zein txosten motak kontuan hartuko ditugu itzultzailea entrenatzeko esperimenduetan, eta aukerarik emankorrenarekin egingo dugu aurrera. Hau da, baliteke itzultzaile bakarra espezialitate zein txosten mota guztietarako nahikoa izatea, edota hainbat itzultzaile behar izatea hainbat espezialitate zein txosten motatarako.

Postedizioa eta ebaluazioa

Azkenik, hirugarren fasean sortutako itzultzailea ebaluatuko dugu. Sortutako corpuseko 20.000 hitz erreserbatuta izango ditugu ebaluaziorako. Fase honetan, osasun arloko profesionalen laguntza beharko dugu berriz. Ebaluazioa modu kualitatiboan egin ahal izateko, itzulitako esaldien zuzentasuna neurtu beharko da, eta akatsak identifikatu eta sailkatu. Adibidez, aurretik aurkeztutako 4. adibidea hizkuntzaren aldetik gramatikalki zuzena eta jatorra da, baina itzulpenaren esanahia ez dator erabat bat jatorrizkoarekin, akatsa semantikoa izanik.

Ebaluazio kualitatiboaz gain, postedizio kanpaina bat abiatuko dugu parte-hartzaile batzuekin. Itzulpen automatiko bat oinarri hartuta, hari zuzenketak (edizioak) egitean datza postedizioa. Hori horrela izanik, aurreko fasean lortutako itzultzaile automatiko emankorrena martxan jarriko dugu, parte-hartzaileek hura erabili eta zuzenketak egin ditzaten. Itzultzaileak zuzenketa horietatik nola ikas dezakeen ere ikertuko ditugu fase honetan, erabilerarekin kalitatea hobea dezan.

Ebaluazio eta postedizio lanetarako ez dugu lehenengo fasean behar izan dugun parte-hartzaile kopuru handia beharko, eta talde txikiago batekin nahikoa izango da.

3. Ondorioak

Itzulbide ikerketa proiektu bat da, 2019ko udan martxan jarri zena, UPV/EHUko Ixa taldearen eta Osakidetzaren lankidetzari esker. Itzulpen automatikoa (euskararen eta gaztelaniaren artean) txosten klinikoetan aplikatzeko metodoak ikertzean datza proiektua.

Gaur egungo teknologiak euskaratik gaztelaniara itzultzeko kalitate hobea eskaintzen digu (*back-translation* deritzon teknikari esker), eta, izatez, noranzko horrek du premiarik handiena euskararen normalizazioan aurrerapausoak emateko. Izan ere, profesional euskaldunek trabak aurkitzen dituzte euskaraz idazteko orduan, jarraian datorren profesionalak testu hori ulertuko ez duen beldurrez.

Itzulbide proiektutik lortu dezakegun itzultzaile automatikoak ez ditu osasun alorrak exijitzen dituen kalitate neurriak beteko, baina lehen pausu garrantzitsua izango da ibilbide horretan. Gaur egungo itzultzaile automatikoek corpus kopuru erraldoiak behar izaten dituzte, eta itzultzailea corpus handiagoa lortzeko lagungarria izan daiteke, profesionalen zuzenketekin.

Itzulpen automatikoa gai polemikoa izan daiteke, bereziki testuinguru kritikoetan; adibidez, osasungintzaren eta hizkuntza minorizatuen kasuan. Hala ere, gaur egunean inortxok ez luke etorkizun eleaniztun bat irudikatuko itzultzaile automatikoen laguntzarik gabe, eta, ziurrenik, horrela izango da osasungintzan ere. Itzulbide proiektuak aukera ematen digu osasun alorreko itzultzaile automatikoaren garapenean subjektu aktibo izateko, eta prozesu osoan behar diren neurri eta erabakiak hartzeko.

Orain da momentua itzultzaile automatiko batekin elkarbizitzeko arauak azertu, hausnartu eta erabakitzeko. Ibilbide horren hasieran gaude; berazjar ditzagun denon artean oinarriak, osasungintzan euskara normalizatzeko tresna baliagarria izan dadin Itzulbide.

4. Erreferentziak

1. Soto, X., Perez-de-Viñaspre, O., Labaka, G., & Oronoz, M. (2019). Neural machinetranslationofclinicaltextsbetweenlongdistancelanguages. *Journal oftheAmericanMedicalInformaticsAssociation*, 26(12), 1478-1487.
2. Koehn, P., & Knowles, R. (2017, August). Six Challengesfor Neural MachineTranslation. In *ProceedingsoftheFirstWorkshop on Neural MachineTranslation*(pp. 28-39).
3. Sennrich, R., Haddow, B., & Birch, A. (2016, August). Improving Neural MachineTranslationModelswithMonolingual Data. In *Proceedingsofthe54th Annual MeetingoftheAssociationforComputationalLinguistics (Volume 1: Long Papers)* (pp. 86-96).

Bigarren mahai-ingurua: Bizitza osasuntsua eskolatik hasita

3.6. Kiva programa finlandiarra

Ainara Nuñez Azkorra

Pedagogoa eta Betiko Ikastolako irakaslea

anunez@betikoikastola.eus

1. Sarrera

KiVa *bullying*-aren edo eskola-jazarpenaren aurkako programa da. Finlandiako Hezkuntza Ministerioak finantzatu eta Turkuko Unibertsitateak sortu eta garatutako eredu bat, alegia, eskola-jazarpena murriztea xede duena. Frogatuta dago: KiVa-k eskolan jazarpena murriztu eta ongizatea hobetzen du! Finlandian, Lehen Hezkuntzako ia eskola guztiak ezartzen ari dira KiVa programa.

Ikastoletan, Lehen Hezkuntzan (LH) eta Derrigorrezko Bigarren Hezkuntzan (DBH) erabiltzen da. Bertako langile guztiak KiVa programaren berri dute, baita familiek ere. Jazarpenari aurre egitea denon ardura da; elkarlanean aritzea, beraz, ezinbestekoa. Ikastola bakoitzak barne formakuntzak eskaintzen ditu langile zein familia berrientzat. Horrez gain, familientzako gida txiki bat ere badago, KiVa webgunean topa daitekeena.

2. Helburuak eta ekintzak

KiVa programaren helburu nagusia eskola jazarpena prebenitu eta murriztea da; izan ere, jakin badakigu eskola jazarpena errealitate bat dela ikastetxe guztietan.

Hori horrela izanik, beste helburuetako bat jazarpenak sortutako ondorio negatiboak apaltzea litzateke: sufrimenduaren aitortza egin, gelako giroa hobetzen saiatu, talde kohesioa bultzatu...

Ikasleek bizitzarako hain garrantzitsuak diren hainbat alor lantzen dituzte:

- Besteak errespetuz tratatzen
- Ikaskideen presioari eusten
- Norberaren ardura hartzen
- “Ezetz” esaten

KiVa programaren bitartez jazarpena identifikatzen eta hari aurre egiten lantzen dugu; baina baita norbere burua ezagutzen ere, norbere sentimenduak identifikatzen, norbere erreakzioak ezagutzen, laguntza eskatzen, laguntza onartzen... Hori guztia modu sistematikoan, aldez aurretik planifikatuta eta taldearen ezaugarrien arabera egokituta. Izan ere, ezin dugu ahaztu programak talde osoarengan eragina duela, ez bakarrik biktima eta jazartzaileengan.

3. Jazarpena identifikatzea

Jazarpena edo bullyinga identifikatzea ezinbestekoa da. Jazarpena harreman zapaltzailea da, botere eta indar abusua. Jazarpena **nahita egiten da, behin eta berriz, erlatiboki babesgabea den edo botere txikiagoa duen pertsona baten aurka**. Liskarrak, eztabaidak, borrokak... ez dira jazarpena!

Jazarpenari aurre egitea ezinbestekoa da; ezin digu ahaztu eskola adinean dauden haurren % 10 sistematikoki jazarriak izaten direla.

Jazarpen mota asko egon daitezke:

- Gehienetan jazarpena ahozkoa izaten da: iraintzea, bestea jendaurrean barregarri uztea, gutxiestea...
- Materiala edo arropa ezkutatzea edo apurtzea.
- Zeharkako jazarpena: pertsona bat taldetik baztertzea, hari buruzko zurrumurru gaiztoak zabaltzea, ikusezina balitz bezala jokatzeko...
- Jazarpen fisikoa: bultzatzea, jotzea, ostikatzea...
- Ziberjazarpena: edozein momentuan egin daiteke, oso erraz zabaldu eta "ikusteko" zailagoa da...

Jazarpena ez da soilik erasotzaileen eta biktimaren arteko kontu bat, jazarpen egoera gehienetan ikaskide talde bat egoten delako. Funtsezkoa da lekuko diren ikaskideek nola erreakzionatze duten jakitea, horrek baldintzatuko baitu jazarritako haurra nola sentitu den, baita jazarpen egoeraren bilakaera eta iraupena ere.

Erasotzaileek jazarpena beti modu publiko batean egiten dute, ikusleak behar izaten dituzte... Gogoratu euren helburua ahulagoa den pertsona bati, nahita eta behin eta berriz, mina ematea dela.

4. Jazarpenaren aurrean hartzen diren rolak

Jazarpenaren aurrean taldekide bakoitzak rol bat du:

- Erasotzaileak (% 9): kontrako irudia proiektatu nahi badute ere, pertsona ahulak dira. Besteei mina emateko behar horrek agerian uzten du hainbat gabezia dituztela eta laguntza beharko luketela; baina euren jarrera onartezina da.
- Erasotzaileen laguntzaileak (% 8): erasotzailearen jarrera bultzatzen dute, laguntzen diote, kobertura ematen...
- Erasotzaileen animatzaileak (% 23): eraso ikustean onarpen keinuak egiten dizkiote erasotzaileari: irribarre egin eta egoera normaltzat hartzen dute... Kasu gehienetan ez dute ontzat hartzen erasotzaileak egindakoa, baina hurrengo "biktima" izatearen beldur dira; nolabait, sentsazioa dute jarrera hori dela eurengandik espero dena eta ez biktimaren alde egitea.
- Onartzaile isilak (% 27): egoera onartezina dela jakin arren, gertatu izan ez balitz bezala jokatu eta egoera hori ekiditeko alde egiten dute...
- Biktimaren defendatzaileak (% 20): biktimaren aldeko jarrera aktiboa dute, eta harentzat ezinbestekoa den babes emozionala eskaini ahal diote...
- Biktima (% 13): erasotzaileak ahultzat identifikatzen du, eta behin eta berriz erasoak jasan ondoren, biktimak taldean duen estatusa gero eta apalagoa da.

Ikusleen portaeran eragiten badugu, erasotzaileek ez dute saririk batuko. Ondorioz, jazartzeko motibazioa gutxitu egingo zaie. Horregatik beharrezkoa da erasotzaileei aurre egitea, haien portaera onartezina delako. Erasotzaileek ikasten badute agresioa eta eraso erabil ditzaketela nahi dutena lortzeko, helduaroan delituak egiteko aukera handiak izango dituzte.

Biktimek entzuten zaiela eta ikastolako nagusien laguntza dutela nabaritu behar dute. Sarritan, antsietatea, depresioa, bakardadea... sentitzen dute. Gainera, euren autoestimu baxuaren ondorioz, zailtasunak dituzte harreman berriak sortzeko.

Jazarleak eta jazarriak, biak dira jazarpenaren biktimak. Jakinda haur gehienek ez dutela ontzat hartzen jazarpena, ikasleek ulertu egin behar dute euren jokabidea lagungarria dela jazarpenari aurre egiteko.

5. Jazarpena gutxitzeko jarduerak

KiVa programaren oinarria da “posible dela elkarrekin jazarpena geldiaraztea”, eta “gurea KiVa Ikastola dela”, hau da, gurean ez dugula jazarpenik onartuko.

Hori guztia posible izateko eta jazarpenaren aurrean ikasleek jarrera aktiboa eta positiboa izan dezaten, ikasturte osoan hainbat motatako jarduerak egingo dira modu sistematikoan. Jardueron bitartez, honako helburu hauek lortu nahi ditugu, besteak beste:

- Ikasleek ulertzea jazarpen egoeretan taldeak zer rol betetzen duen.
- Biktimarekiko enpatia handitzea.
- Biktima babesteko eta taldean jazarpena eragozteko moduak ikastea.

Jarduerak mota askotakoak dira: hausnarketak, jolas kooperatiboak, bisualizazioak, online jokoak...

Horrez gain, jolas orduan zaintzan ari diren hainbat langilek KiVa txalekoa (txaleko fosforitoa) aldean eramango dute, laguntzarik behar izanez gero ikasleek erraz ikus dezaten langileok non dauden.

Lehen aipatu dudan bezala, KiVa programak jazarpena murriztea du xede, baina jazarpenari aurre egiteko programa ere bada.

Ikastola guztietan, jazarpen egoerei aurre egiteko, 3 pertsonako talde bat egongo da: 2 irakasle eta, ahal izanez gero, zuzendaritza taldeko kide bat. Ikastolako komunitate osoak (ikasle, langile, guraso, eskolaz kanpoko monitoreak...) taldea nork osatzen duen ezagutu behar du. Jazarpenaren susmoa duen edonork talde horrengana jo beharko du, protokoloa martxan jar dadin (KiVa protokoloa eta Hezkuntza saileko protokoloa bateragarriak dira, bai formatan zein epeetan).

“Erasoaren” edo “ustezko jazarpenaren” berri izan duen pertsonak galdetegi bat bete eta datuak bildu beharko ditu. Behin datuok jasota, taldeak baloratu egingo du jazarpena izan daitekeen edo ez. Jazarpenik ez dagoela irizten badio, gaia irakasle-tutorearen esku geratuko da; baina jazarpena egon daitekeela ustez gero, KiVa taldeak helduko dio gaiari, irakasle-tutorearekin elkarlanean.

Lehenik eta behin, KiVa taldeko kide batek edo bik biktimarekin hizketalditxo bat izango dute, gertatzen ari denaren inguruko informazio zehatzena bildu eta hari babes osoa eskaintzeko. Bilera horretan, jazartzaileak identifikatzeaz gain, biktimari babesa edo laguntza eskain diezaioketen ikasleak nortzuk izan daitezkeen aztertuko da.

Ondoren, jazartzaileekin bilduko dira KiVa taldeko bi kide. Batek elkarrizketa bideratuko du, eta bigarrenak idazkari lanak egin eta elkarrizketan lortutako informazioa jasoko du eranskin batean. Jazartzaileek banan-banan parte hartuko dute hizketaldian, gutxi gorabehera hamar minutuz.

Elkarrizketak bideratzeko bi metodo erabili daitezke:

Ainara Nuñez Azkorra

- **Aurka egitekoa**, zuzenean gaiari heltzen diona aurrean dugunaren inplikazio zuzena zalantzan jarri gabe; adibidez: “Zure gelako neska hau txarto ari da pasatzen, eta badakigu horren inguruan erantzukizuna duzula. Zer egingo duzu egoerari buelta emateko?”...
- **Aurka ez egitekoa**. Aurrean dugunari beste konplizitate batekin hitz egiten zaio; adibidez: “Jakingo duzunez, zure gelako neska bat txarto ari da pasatzen. Zure ustez, zer egin dezakezu hobeto senti dadin?”...

Metodo bat zein bestea erabili, elkarrizketa amaitu baino lehen, jazarpenean parte hartu dutenen konpromisoak idatziz jasota geratuko dira akta batean. Akta sinarazi egingo diegu, eta, handik astebetara, beste hitzordu batera deituko ditugu, hartutako konpromisoak betetzen ari diren edo ez jakiteko, konpromiso berriak hartzeko, gertatu den beste zerbait kontatzeko aukera izateko...

Azkenik, KiVa taldeak beste bilera bat egingo du biktimak bere laguntzaile gisa identifikatu dituenekin. Egoeraren laburpen txiki bat egin ondoren, euren laguntza eta konplizitatea eskatuko zaie.

Lehenengo kontaktuaren ostean, KiVa taldea bai biktimaren zein erasotzaileen familiekin jarriko da harremanetan, telefonoz. Aurrerantzean informazioa jasoko dutela adieraziko zaie; euren seme-alabek konpromiso batzuk hartu dituztela, eta konpromiso horien bidez egoerari buelta emateko aukera eskaini behar zaiela. Bestalde, euren seme-alabengan konfiantza daukagula eta jazarpen egoera mozteko gai izango direla sentiarazi behar diegu familiei. Hori dela eta, distantzia minimo bat eskatuko diegu, euren seme-alabek aukera izan dezaten egin behar dutena egiteko.

Astero-astero jarraipen bilera laburrak egingo dira inplikaturako guztiekin. Lehenengo bilera beti biktimarekin izango da, ondoren jazartzaileekin. Egoerak hobera egin badu eta hartutako konpromisoak bete badituzte, ikasleak zoriondu eta konpromiso horiek mantentzera edo berriak hartzera animatuko ditugu. Egoera erabat bideratu dela ikusi arte jarraituko dute bilerek. Gero, astero egin beharrean, lantzean behin bileraren bat egin dezakegu errepasso modura.

Jazarpen kasu gehienak metodologia hau erabiliz bideratzea lortu ohi da.

6. Jazarpena gutxitzeko KiVa-ren emaitzak

Finlandiako Turkuko Unibertsitateak hainbat ikerketa egin ditu KiVa programaren fase pilotuan (2007-2009), baita programa herrialde osora zabaltzean ere (2009tik aurrera). Lortutako emaitza eta datuek garbi erakusten dutenez, programari esker jazarpenaren eta biktimizazioaren maiztasuna murriztu egin da.

Ikasturte amaieran, maiatzean hain zuzen ere, KiVa programa erabiltzen duten ikastola guztietako ikasleek eta irakasleek isilpeko inkesta bat bete behar dute Internet bidez. Datu horiek Finlandian aztertzen dituzte.

Ondoren, ikastola bakoitzeko KiVa arduradunak bere ikastolari dagokion txostena egiten du, ekainean bertan.

Txosten horretan, ikastola bakoitzeko erantzunak ez ezik, ikastolen arteko konparazio grafikoak ere jasotzen dira. Informazio hori guztia oso baliagarria izan daiteke gure ikastolaren erradiografia bat izateko, mailaz maila dauden kezkak identifikatzeko eta ikasturteko tutoretza plana osatzeko.

KiVa-ri buruzko ikerketen arabera, KiVa taldeek batez beste 6,5 jazarpen-kasuri aurre egiten diete ikasturteko.

Kasuen % 97,7an, biktimaren esanetan, egoerak hobera egin zuen:

- % 78,2an, guztiz desagertu zen jazarpena.

- % 19,5ean, jazarpena gutxiagotu egin zen.
- % 2an, egoerak bere horretan jarraitu zuen.
- %0,3an, jazarpena areagotu egin zen

Hala ere, kontuan izan behin eta berriro jazarriak diren haurren kasuez soilik arduratzen dela taldea.

Kasuren batean aldeko emaitzarik lortuko ez balitz, ikasle talde horrekin lanean jarraituko genuke eta, aldi berean, Hezkuntza Saileko protokoloa martxan jarriko litzateke.

Datuok oso positiboak direla esan dezakegu: jazarpena murrizteaz gain, gelako giroa ere hobetzen da. Beraz, ez al du merezi KiVa programa ezagutzea eta gure ikastolak benetan leku atsegina bihurtzea?

7. Bibliografia

www.kivaprogram.net

3.7. Eskola jantokiak: tokiko garapena

Patxi Gaztelumendi

IKT arloko langilea eta kultur sustatzaile

patxi@gaztelumendi.org

Hona hemen prezi aurkezpena ikusteko esteka:

https://prezi.com/ibqacial2h8g/elikadura-burujabetza-osasuna-eskola-jantokiak/?utm_campaign=share&utm_medium=copy

3.8. Erresilientzia eta CSE. Nerabeen arazo emozionalei

aurre egiteko entrenamendua

Iñaki Kerexeta Lizeaga

Haur eta nerabeen psikiatra eta Basurtuko Medikuntza Fakultatean irakaslea

inaki.kerexetalizeaga@osakidetza.eus

1. Sarrera

Egungo gizartearen aldaketen aurrean hausnarketa egitea beharrezkoa ez ezik, hezkuntzaren esparruan ager daitezkeen hainbat zantzuri ere atxikitzea komenigarria da. Informazioz jositako mundu honetan, irakasle batek eskaini beharko lukeen azken gauzetako bat informazio gehiago da. Informazio gehiegi dute egungo gazteek. Baina, informazio pila horri zentzua eman behar zaio, eta garrantzia zerk duen identifikatzen lagun dezakete irakasleek eta, batez ere, horri guztiari nola heldu eta informazioa nola egituratu.

Hainbat ikerketaren arabera, badirudi egungo hezkuntza sistema zaharkituta geratuko dela XXI. mende erdialderako (aldaketa azkarra bezain garrantzitsua izango da, bizi itxaropena luzatzearen ondorioz).

Aldaketa sakon eta jarrai hori dela eta, beharbada estres maila altuak jasango ditugu, eta, nola ez, gizartearen parte diren gazte zein nerabeek ere bai. Mundu horretan bizirauteko, eta, batez ere, aurrera egiteko, emozioen aurrean trinko mantendu eta malgutasun handiz jokatu beharko dugu. Esan dezakegu, beraz, gure operazio sistema nolakoa den ezagutzeko beharra izango dugula aurreko eginkizun horretan arrakasta izan nahi badugu.

Yuval Noah Harari historialariak “XXI. menderako 21 lezio” liburuan dioen bezala, nor zaren eta benetan zer nahi duzun jakiteko, zure buruak nola pentsatu eta nola jarduten duen ezagutu beharko duzu. Erresilientzia deituriko atalean, baliabide zaharren erabilera gomendatzen du, hala nola meditazioa, gure adimenaren behaketa zuzena gauzatzeko. Behaketa zehatz hori lortzeko prozesuan, egungo metodologia berrietan dagoen hutsunea betetzea da asmoa.

2. Erresilientzia

Erresilientiaren definizioari atxikita, zoritxar edota egoera larriei aurre egiteko gaitasuna dela esango dugu. Horrek egoera larriak malgutasunez onartu eta gainditzea dakar.

Erresilientzia handiko pertsonen estres egoerei aurre egiteko oreka emozional sendoagoa eta presioa jasateko gaitasun hobea dute.

Erresilientzia indartuta, helduek prozesua hobetu eta indartzeaz gain, sufrimendu emozional zein egoera desatseginen aurrean erantzun hobea ematen dute nerabeek.

Hezkuntza arloko erresilientzian adituak direnen aburuz, emozioek garrantzi izugarria dute hezkuntza prozesu osoan. Gazteek, gainera, konpetentzia batzuk eskuratu behar dituzte etengabe aldatzen ari

den mundu honetan, euren bideari eusteko, hau da, euren helburuetara heltzeko. Hauek dira kompetentziak:: arazoei era egokian aurre egiten jakitea, pertsonarteko erlazio egokiak sortzen ikastea eta, batez ere, euren ongizate psikologiko zein soziala mantentzea. Bestalde, erresilientziak gizarteari dakarkion onura goraiatzeko adituek, gizabanakoengan izan dezakeen onuraren ginetik (Cefai C. eta Cooper P., 2009).

Erresilientzia programak, gaixotasun mentalen prebentziora baino, babesera eta sustapenera daude bideratuta. Interbentzioak askotarikoak izan daitezkeen arren, guri programa unibertsala interesatzen zaigu, eskola mailan eman daitezkeen programa, hau da, ikasle guztiek jasoko duten formakuntza programa.

3. Curriculum Sozio-emozionala (CSE)

Ikastetxean erresilientzian esku hartzea lortzeko beharrezkoa izango zaigu CSE.

Aurrera jarraitu aurretik, 1986an hezkuntza arloan eman zen eta aurrerago berriro errepikatu den definizioa azpimarratuko dugu (Elias et al.): CSE da emozioak ezagutu eta maneiatzeko oinarriko abilezien bereganatze prozesua, alegia, helburu positiboak ezarri eta lortu, besteen ikuspegira gerturatu, erlazio positiboak sortu eta mantendu, erabaki egokiak hartu eta pertsonarteko egoerak era egokian maneiatzeko formakuntza.

Formakuntza horren helburuak jarraian laburbiltzen dira:

- Elkarlotuta dauden 5 gaitasun hauek eskuratzeko prozesua sustatzea:
 - Norbanakoaren kontzientzia
 - Autogestioa
 - Gizarte kontzientzia
 - Erlazioetarako gaitasunak
 - Erabaki-hartze burutsua, zentzuduna
- Kompetentziak bereganatutakoan, nerabearen egokitze sozio-emozionala hobetzeko oinarria ezarriko da, eta, gainera, haren eskola errendimendua hobea izango da.
- Ondokoak prebenituko dira:
 - Jarrera arazoak
 - Substantzia kontsumoak
 - Bortizkeria zein agresio jarrerak, bullyinga
 - Eskola porrota
- Ikasleei dagokienez, berriz, hona hemen onurak:
 - Baloratuta sentitzea
 - Motibazio handiagoa
 - Eskola errendimendua hobetzea; osasuna sustatzeko jarrerak ezagutu eta lortzea, eta komunitatearen parte izateko aukera

Oinarrizko Hezkuntzaren Curriculumak zehazten duen 236/2015 Dekretuaren arabera (93. or.), diziplina bakoitzeko kompetentziez gain, zeharkako kompetentziak bereganatu behar dira. Izan ere, kompetentziok “izaten ikasteko” eta “bizikidetzarako” erabiliko ditugu.

4. Arazo Emozionalei Aurre egiteko Gaitasunen Entrenamendua (AEAGE)

Behar horren aurrean, Arazo Emozionalei Aurre egiteko Gaitasunen Entrenamendua deritzon proiektua abiarazi dute Bizkaiko inguru batzuetan.

Entrenamendu horretan, heziketa sozio-emozionalaren curriculum unibertsalak eskainiko zaie nerabeei (14-18 urtekoak), honako alor hauek lantzeko: emozioak erregulatzeko gaitasunak erakustea, jarrera oldarkorak murriztea, arazoak konpontzea eta pertsonarteko erlazioak sortu eta konpontzea. Ez da psikoterapia bat, baina jokabide-terapia dialektikoaren azpiatal bat izango du oinarri.

Entrenamendua ikasgelan egingo da, taldean, eta zentroko irakasleek emango dute. Onarpenaren eta aldaketaren arteko oreka mantenduta, 4 multzotan bereiziko dira irakatsitako abileziak.

HELBURUA	ABILEZIA (zeharkako O. kompetentzia)
Norbere buruaren gaineko ezagutza falta, konfusioa, distrakzioa	<i>Mindfulness-a (izaten ikasi)</i>
Impulsibotasuna	Ondozari tolerantzia <i>(bizikidetzeta eta izaten ikasi)</i>
Emozioen maneian zailtasunak	Emozioen erregulazioa <i>(bizikidetzeta eta izaten ikasi)</i>
Pertsonarteko arazoak	Pertsonarteko efektibitatea <i>(bizikidetzeta eta izaten ikasi)</i>

Abileziak hainbat modulutan irakatsiko dira, betiere onarpenaren eta aldaketaren arteko orekari eusteko. Hona hemen abileziak banaka eta laburki azalduta:

- Mindfulness-a (O): modulu hau lagungarria izango da norberaren autoezagutzarako, juzguak murriztu eta atentzio maila areagotzeko. Onarpenarekin erlazionatutako abileziak irakatsiko dira bertan.
- Ondozaren tolerantzia (O): jokaera/erantzun oldarkorra ekidinda, egoera gogorak jasateko abileziak irakatsiko dira. Modulu hau ere onarpenarekin loturik dago.
- Emozioen erregulazioa (A): emozio desiragaitzak gutxitzeko eta emozio positiboak/atseginak ugaritzeko gaitasunak biltzen ditu. Modulu hau aldaketarekin loturik dago.

Iñaki Kerexeta Lizeaga

- Pertsonarteko efektibitatea (A): besteekiko erlazioa eta norbere burua errespetatuta, gauzak nola eskatu eta eskaerei ezetz nola esan irakatsiko da. Modulu honetan ere aldaketari loturiko abileziak landuko dira.

5. Ikastetxeetan nola txertatuko den

Beharrezko edota hautazko ekintza gisa planteatu daiteke formakuntza, zeharkako diziplinen barruan. Jarraian, labur-labur, konparaketa baten bidez frogatuko da formakuntza hori beharrezkoa dela:

5.1. Nahitaezko ekintza izanda

- Ikasle guztiek formakuntza jasoko dute, beste ikasgaien era berean (matematika, atzerriko hizkuntzak, gorputz hezkuntza, etab.).
- Gainerako jarduerak bezain baliagarria dela erakutsiko zaie gazteei.
- Ikastetxe osoan izango du eragina: ikasle, irakasle eta abileziak ikasi dituzten senitartekoek ere onura nabarituko dute.
- Ikasle taldeak ez du aukeratzeko aukerarik izango. Ezarpen unibertsala denez, ikasle orok jasoko du formakuntza, eta ez behar zehatz bat dutenek edota ikasgaia hautatu dutenek bakarrik.
- Beste ikasgaien antzerako taldea izango da, ikasgai arrunta balitz bezala.

5.2. Hautazko ekintza izanda

- Boluntario diren ikasleek edota parte hartzeko gomendioa jaso dutenek soilik jasoko dute formakuntza berezi hau.
- Balio gutxiagoko jardueratzat har daiteke.
- Formakuntza jaso dutenengan soilik izango du eragina. Ikastetxeko giroan, aldiz, eragin murriztagoa izango du.
- Behar handiagoak dituzten ikasleentzat izan daiteke soilik, bai arazo emozionalak bai jarrera arazoak eduki ditzaketentzat.
- Talde lana zailagoa izan daiteke, giroa ezberdina izateagatik.

Behin formakuntza txertatuta, eta, betiere derrigorrezkoa bada, irakasteko era kontuan hartuko da, baita ikastetxe bakoitzak dituen baliabideak ere.

- Maiztasuna: ikasturte osorako formakuntza bada, astean behin emango da; seihileko baterako bada, aldiz, astean birritan.
- 50 minutuko iraupena izango du eskola bakoitzak.
- Taldeko 1-2 irakasle egongo dira.
- Astero, eguneroko gaitasunen kontrol fitxa bete beharko dute ikasleek.
- Ikasleek euren egunerokotasunean formakuntza erabiltzen has daitezen, etxeko lanak izango dituzte astero (etxeko lan arrunt eta errazak).

Talde moten araberrako ezarpena ere balora daiteke, lehen aipatu bezala, ikastetxe bakoitzak dituen baliabideak ez baitira beti berdinak izango.

- Talde txikia bada (8-10 ikasle), parte hartzea errazagoa izan arren, egungo hezkuntza sistema eta ikasle kopurua nolakoak diren ikusita, formakuntza praktikan jartzea zaila gerta daiteke.
- Ikasgela arruntetako taldeetan (20-24 ikasle), agian 2 irakasle beharko dira.
- Talde irekia ala itxia:
 - Itxia: hasieratik sortu diren talde dinamikak bultza ditzake.
 - Irekia: ikasle berriak sartu eta taldeen artean aldaketak eman daitezke, orekatuak egon daitezten. Ikasle berri bat sartzen den bakoitzean, irakasleak arauak azaldu beharko dizkio, baita gainerako ikasleei aurretik emandako formakuntza ere.

Formakuntzaren garrantziari eta erabilpenari atxikita, gainbegiratze prozesua guztiz beharrezkoa eta funtsezkoa izango da. Zeharkako diziplina izan arren, formakuntzak ez du oraindik beste ikasgaiek duten ezagutze maila bera; beraz, gainbegiratu egin beharko da.

Formakuntza bi eremutatik gainbegiratuko da, eta, gure esperientziari helduta, adibideak aipatuko ditugu hurrena:

- Bi gainbegiratze eremuak
 - Barnekoa: CSEren parte diren guztiek asteroko bilera egingo dute.
 - Kanpokoa: AEAGEren alorrean jakituria eta trebetasun nahiko hartu bitartean, ikastetxeetatik kanpo dauden aditu taldeekin gauzatuko dira gainbegiratzeak.

6. Bizkaian izandako esperientzia erreala

Gure herrialdeko errealitateari begira, eta CSEri buruzko lana kontuan izanda, Basurtuko Unibertsitate Ospitaleko Haur eta Nerabeen Psikiatriako Azpiataleko profesionalak hezkuntza arloko hainbat pertsonarekin harremanetan jarri ginen 2016an. Lehenik eta behin, B06 Berritzeguneko arduradunekin.

Ikastetxe gehienetan, arazo iturri garrantzitsu bi egon ohi dira: batetik, pertsonarteko arazoak, eta, bestetik, jarrera arazoak, egunero areagotzen ari direnak. Baliteke bi arazo iturri horiek ikasleei sufrimendua eragitea eta irakasleei, berriz, egonezina eta komunikazio falta.

Zailtasun horien aurrean, eta CSEk piztutako interesaz eta jakituriaraz baliatuta, Eusko Jaurlaritzari eskatu genion berrikuntza proiektu gisa finantza zezan. Horrela, 2017ko udazkenean, zentroetan formakuntza nola eman pentsatzen hasi ginen.

Aurrena, formakuntza sortu zuten autoreen baimenarekin (Mazza J. et al), AEAGEren manualizazioa itzuli egin genuen, bai euskarara bai gaztelaniara. Hortik aurrera hasi zen formakuntza, 2017ko azken hiruhilekoan, ikasle eta irakasleen datuak 2018ko lehen hiruhilekoan jaso genituen. Gazteei frogara pare bat betetzea eskatu genien, eta irakasleei, aldiz, ikasle bakoitzari buruzko inkesta bat):

- MAASa (Mindful Attention Awareness Scale), ikasle bakoitzak bete beharrekoa
- Rosenberg autoestimua eskala, ikasle bakoitzak bete beharrekoa
- SDQ (Strengths & Difficulties Questionnaires), bai ikasleek bai irakasleek bete beharrekoa

Eskala horiei esker, lehen aipatutako jarrera arazoan eta pertsonarteko zailtasunen argazki erreala lortu da. Formakuntza eskaini ostean, aldaketak eman diren ala ez ikusiko da. Hori izango da proiektuaren funtsa eta atal garrantzitsuetako bat.

7. Lortutako emaitza esanguratsuenak

Ikasleen esanetan, hurrengo aldaketak nabaritu dituzte AEAGEn formakuntza jaso ostean:

- a) AEAGeri esker, hainbat abilezia ikasi eta bereganatu dituzte.
- b) Euren gaitasunak hobera egin duela uste dute, eta norbere buruari buruzko balorazio hobea erakutsi.
- c) Irakasleen aldetik ardura eta inplikazio handiagoa nabaritu dute, gertutasuna batez ere.
- d) Esperientzia positibotzat hartu dute.
- e) Arazo emozionalak izatearen ondoriozko estigmatizazioa gutxitu egin zaie.
- f) Ikasgeletan gerta daitezkeen arazo larrienak gutxitu egiten dira.

Irakasleek formakuntzaren ostean emandako erantzunei erreparatuta, honako puntu hauek goraipa daitezke:

- a) Ikasleen formakuntzarako lagungarriak diren hainbat prozedura eta estrategia barneratu dituzte.
- b) Prestakuntza hasi baino lehen zuten gaitasun maila hobetu dela nabaritu dute.
- c) Zer eta nola egin ikasi dute.
- d) Zuzendaritza taldearen gertutasuna eta balorazioa jaso dituzte.
- e) Ikasgeletako egoera askok ikaskuntzarako aukera ematen dute. Egoera zailenen aurrean ere, ikasteko aukera aprobetxatu dute.
- f) Eguneroko ikasketa sisteman formakuntza txertatzearen onura goraipatu dute.

8. Bibliografia

1. Bisquerra R. (2003) "Educación emocional y competencias básicas para la vida" en Revista de Investigación Educativa, 21. bol., 1., zk. 7-43.
2. Bisquerra, R. (Koord).(2011).Educación emocional. Propuesta para educadores y familias. Bilbo: Desclée de Brower.
3. Durlak J.A., Weissberg R.P., Dymnicki, A.B., Taylor R.D., Schellinger K.B. The impact of Enhancing Student's Social and Emotional Learning: A Meta-Analysis of School-Based Universal Interventions. Child Development (2011); 82(1): 405-432.
4. Educación para la Paz y Convivencia.
<http://www.eskolabakegune.euskadi.eus/web/eskolabakegune>
5. Extremera, N. eta Fernández-Berrocal P. Inteligencia emocional y educación: Psicología. [Online]. Primento Digital Publishing, 2016
6. Mazza J., Dexter-Mazza E.T., Miller A.L., Rathus J., Murphy H. DBT Skills in Schools. Skills Training for Emotional Problem Solving for Adolescents (DBT STEPS-A). The Guilford Press, 2016.
7. Heziberri Plana 2020. Eusko Jaurlaritza. <http://www.euskadi.eus/gobierno-vasco/heziberri-2020/>

3.9. Mugikorren erabileraren arriskuak

Rakel Gamito Gomez

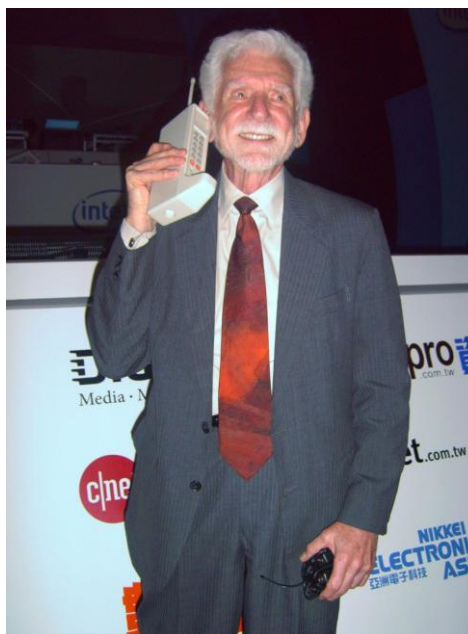
EHUko Hezkuntza eta Kirol Fakultateko irakasle eta ikerlea

rakelgamito@gmail.com

1. Sarrera

1983an aurkeztu eta 1984ko martxoaren 13an jarri zen salgai lehenengo telefono mugikor komertziala: Motorola DynaTAC 8000x-a. 800 gramo pisatzen zituen eta, argazkian (1. irudia) ikus daitekeen bezala, ez zen txikia (33 cm x 4,5 cm x 8,9 cm). Ordubetez inolako espazio fisikori lotuta egon gabe telefonoz hitz egiteko aukera eskaintzen zuen. Bere prezioa 3995 \$-koa zen arren, urtebetean 300.000 unitate saldu ziren eta estatus sozialaren ikur bilakatu zen.

1. irudia: Martin Cooper, Motorola DynaTAC 800x-aren sortzailea, lehenengo telefono mugikor komertziala erabiltzen. Iturria: <http://www.wikipedia.org>.



Motorola DynaTAC 8000x-a gaur egun inguruan ditugun telefono mugikorrek alderatuz gero, erraz antzematen da azken 30 urteetan teknologia digitalak jasan duen garapen azkarra. Gainera, bestelako tresna eramangarrien eta Internet sarearen aurrerapenak nabarmenak izan dira.

Era berean, garapenak gailu digitalen hedapena ekarri du. 2019an, Euskal Autonomia Erkidegoko (EAE) 16 eta 74 urte bitarteko biztanleriaren % 86,8k telefono mugikorra zuen,

eta etxetik kanpo Internetera konektatzeko erabili zuen (INE, 2019). Konexioaren helburuak askotarikoak dira: lan egin, berriak irakurri, online erosi, sare sozialak erabili, etab.

Alegia, azken urteotako garapenak ukaezinak diren aldaketa soziologikoak eragin ditu. Urte gutxitan, pantailak eta online aplikazioak jendartearen ingurune natural bilakatu dira, lan, aisialdi eta harremanen oinarri.

2. Haurrak, nerabeak eta gailu digitalak: ondo zaindu beharreko harreman sendoa

Adin txikikoak aro digitalean jaio dira, eta gailu digitalak zein Internet konexioa euren egunekotasunaren bizkarrezur dira. EAEko 10 eta 15 urte bitarteko gazteen % 95,8k Internet erabiltzen du, eta % 73,1ak dagoeneko telefono mugikor propioa dauka (INE, 2019).

Gainera, urtez urte, Interneten lehenengo aldiz sartzen direnen adina jatsi egiten da (momentu honetan, batez besteko adina 7 urtekoa da), eta hurrek zein nerabeek egunero gailu digitalei eskaintzen dieten denborak gora egiten du (Gamito, 2019). Erabileraren helburua batik bat aisialdia izan ohi da: jolastu (online), bideoak ikusi (YouTube-n eta TikTok-en) eta berdinen artean komunikatu (WhatsApp edo Instagram bidez).

Zalantzarik gabe, konektibitateak aukera eta abantaila ugari eskaintzen dizkio jendartearen sektore gazteenari, baina teknologia ez da neutroa eta bizipen gatazkatsuen iturri izan daiteke. Pantailetan ere erasoak ohikoak dira (Gamito, Aristizabal, Vizcarra eta Tresserras, 2017):

- Ziberjazarpena: berdinen arteko jazarpen jarraitua (irain-mezuak, mehatxuak, zurrumurruak edota eszena iraingarriak zabaltzea, identitatea ordezkatzeta, bazterketa...), gailu digitalen bitartez (Garaigordobil, 2011).
- *Sextorsion*-a: sexu izaerako mezu edota eduki intimoak zabaltzea (bereziki argazki edo bideo sexualak), baimenik gabe eta mina egiteko asmoz (Klettke, Hallford eta Mellor, 2014).
- *Grooming*-a: adin txikiko baten aurka sexu-jazarpena bideratzeko asmoz (irudi erotikoak lortu, sexu-harremanak izan...), pertsona heldu batek erabiltzen dituen estrategiak: adinaz eta sexuari buruz gezurra esatea, lotura emozionalak finkatzea, datu pertsonalak lortzea, etab. Horrela, adin txikikoak lagun birtualaren sexu-helburuak onartzen ditu, lagunaren arteko mesede boluntario gisa (UNICEF, 2017).
- Eduki ezegokiak: indarkeria, terrorismoa, pornografia, drogak, armak, ohitura ez-osasungarriak (elikadura-desordenak adibidez), arrazakeria, xenofobia, sektak, kontsumismoa, etab. Oso erraza gerta daiteke eduki ezegokiekin topo egitea (Gil-Juliá, Castro-Calvo, Ruiz-Palomino, García-Barba eta Ballester-Arnal, 2018).
- Gehiegizko edota neurririk gabeko erabilera: etengabe konektatuta egoteko premia, bizitza-kalitatean eragin negatiboa duena, harremanak eta bestelako jarduerak (eskolako lanak, ariketa fisikoa, atsedena...) alde batera uztea ondorio duelako (Ruiz-Palomero, Sánchez-Rodríguez eta Trujillo-Torres, 2016).

Orain arte zerrendatutako arriskuez gain, testuinguru digitalean elkarlotuta dauden beste bi kontzeptu izan behar dira kontuan: pribatutasuna eta nortasun digitala. Gaur egun, Internet

pertsonen bizitzaren eta nortasunaren erakusleho erraldoi bilakatu da, agerraldi eta elkarrekintza bakoitzak aztarna digitala uzten duelako.

Adin txikikoen kasuan, belaunaldi gardenaren parte dira (Sabater, 2014), euren bizitza pertsonalari buruzko gai eta datu anitz etengabe argitaratzen baitituzte. Praktika horren helburua da online bizitza sozialaren kide eta berdinen artean onartuak sentitzea. Horregatik, jasotzen dituzten *like* (atsegin dut) kopurua garrantzi handikoa da (Sherman, Payton, Hernandez, Greenfield eta Dapretto, 2016).

Beraz, online jarduera kudeatzea konplexua izan daiteke. Teknologia haur eta nerabeen sozializazioan eragin zuzena duenez, zerrendatutako egoera gatazkatsuek euren harremanak, nortasuna eta osasuna (ongizate fisikoa zein psikologikoa) gogorki kaltetu ditzakete eta epe luzerako ondorio larriak ekarri. Interneten eta gailu digitalen erabilera ezegokiak haserrea, estresa, antsietatea, bakardadea, depresioa, nahaste fisikoak edota autoestimua galera eragin ditzake eta, kasurik larrienean, suizidioarekin lotutako pentsamenduak sortu (Bilgrami, McLaughlin, Milanaik eta Adesman, 2017).

Horregatik, premia handikoa da adin txikikoen alfabetatze digitala zein mediatikoa bermatzea. Egungo gazteek teknologia modu autonomoan eta seguruan erabiltzen ikasi behar dute, jarrera osasuntsua garatzeko, sortu daitezkeen gatazkei aurre egiteko estrategiak eskuratzeko eta, horrela, online bizikidetzara positiboa sustatzeko.

Euskal Herriko Ikastolek (Ikastolen Elkarteak) erronkari erantzun nahi izan diote, eta Lehen Hezkuntzako 5. eta 6. mailako ikasleei burujabetza digitala bere osotasunean lantzeko aukera eskaini. Horretarako, IKT on hezkuntza-aholkularitzaren parte-hartzearekin batera, hezkuntza-komunitate osoa inplikatzeko duen #Izandig proiektua garatu eta martxan jarri da, helburu nagusi honekin: Interneten eta mugikorren erabilera arduratsua sustatzea, pribatutasuna, nortasun digitala edota online parte-hartze publikoa bizitzarako gaitasun gisa ulertuta.

2. #Izandig: segurtasun digitalerako proiektu integrala (Euskal Herriko Ikastolak eta IKT on)

2.1 Helburuak

#Izandig proiektuaren helburu orokorra konpetentzia digitalaren segurtasunaren atala lantzea da, gai horretan inplikazio erreala lortzeko. Hortaz, helburu zehatz hauei jarraitzen die:

- Hezkuntza-komunitate osoan, eta bereziki ikasleengan, segurtasun digitalarekiko jarrera aktiboa sustatzea.
- Irakasleekin batera, gelan konpetentzia digitalaren segurtasunaren atala lantzeko aukerak garatzea.
- Familien kezkek azaldu eta etxean ere bidelagun digitala izateko gidalerroak eskaintzea.
 - Ikastolen artean ikasitakoa komunean jartzeko gunea sortzea.

2.2. Ardatzak eta dinamikak

Horretarako, proiektuak lau ardatz, foro edo parte-hartzaile ditu: ikasleak, irakasleak, familiak eta topaketa.

- **Ikasleak:** Interneten eta gailu digitalen erabilera arduratsua lantzea (arriskuak, nortasun digitala eta pribatutasuna), txokotan banatuta.
 - Parte-hartzaileak: Lehen Hezkuntzako 5. eta 6. mailako ikasleak.
 - Iraupena: 3,5 ordu (goiz oso bat).
 - Edukiak:
 - Interneten arriskuak eta haien aurrean izan beharreko jarrera kritikoa.
 - Pribatutasuna zaintzearen garrantzia.
 - *Like*-ak: zer dira eta zertarako behar ditugu?
 - Ezarpenak: sare sozial nagusien pribatutasun-aukerak.
- **Irakasleak:** gelan segurtasun digitala lantzen jarraitzeko lan-saioa.
 - Parte-hartzaileak: Lehen Hezkuntzako 3. mailatik Derrigorrezko Bigarren Hezkuntzako 2. mailara arteko irakasleak.
 - Iraupena: 2 ordu.
 - Edukiak:
 - Ikasleekin egindako lanketa eta haren ondorioak.
 - Topaketaren helburua.
 - Segurtasun digitala tutoretza-saioetan lantzeko aukerak.
 - Online ikastaroa.
- **Familiak:** egoeraren eta proiektuaren berri izateko hitzaldia.
 - Parte-hartzaileak: gaian interesa duten familiak.
 - Iraupena: 1,5 ordu.
 - Edukiak:
 - Haur eta gazteen errealitate digitala: erabilera eta arriskuak.
 - Proiektua: ikasleen saioak.
 - Prebentzio-gidalerroak.
- **Topaketa:** ikasitakoa partekatzeko eta segurtasun digitalari buruzko mezuak barneratzeko gunea.
 - Parte-hartzaileak: proiektuan parte hartu duten ikasleak eta irakasleak.
 - Iraupena: 3,5 ordu (goiz oso bat).
 - Edukiak:
 - Helduei (irakasleei eta familiei) zuzendutako mezuak.
 - Interneten eta gailu digitalen erabilera arduratsua bermatzeko, ikasleek hartzen dituzten konpromisoak.

2.3. Balidazioa, fase pilotua eta lehenengo ikasturtea

2018/19 ikasturtean, IKT on hezkuntza-aholkularitzak #Izandig proiektua diseinatu zuen, eta, momentu oro, proposamenaren egokitasuna Euskal Herriko Ikastolen (Ikastolen Elkarteko) arduradun eta teknikariek egiatzatu zen. Gainera, martxoan, hainbat ikastolatako zuzendari eta IKT arduradunekin batera balidazio-saio bat egin zen. Bertan, proiektuaren beharrari buruz hausnartu, plangintza aurkeztu eta hobetze-proposamenak jaso ziren.

Proiektuaren esperimendazio-fasea edota fase pilotua 2019ko maiatza eta ekaina bitartean jarri zen martxan: ikasleekin, irakasleekin eta familiekin saioak, maiatzean; eta topaketa, ekainean. Lau ikastolek hartu zuten parte (Bizkaia: 1, Gipuzkoa: 2, Nafarroa: 1); guztira, Lehen Hezkuntzako 149 ikasle. Hobetu beharreko zenbait alderdi identifikatu ziren arren, balorazio orokorra oso positiboa izan zen, eta, batez ere, ikasleek gaiarekiko adierazitako interesa, inplikazioa eta hitz egiteko beharra azpimarratu ziren.

Aurten (2019/20 ikasturtea), proiektua bere osotasunean martxan jarri da, eta parte-hartze erabat arrakastatsua izan du. Oraingoan, ikastolen kopurua kontuan izanda, bi txanda egitea erabaki da. Lehenengoan, zortzi ikastolek hartu dute parte (Bizkaia: 2, Gipuzkoa: 3, Araba: 2, Nafarroa: 1); guztira, 588 ikasle. Ikasleekin, irakasleekin eta familiekin saioak 2019ko iraila eta urria bitartean egin dira eta topaketak (bi topaketa egin dira eta bakoitzean hiru ikastolek hartu dute parte), azaroan eta abenduan. Bigarren txandan, hamaika ikastolek hartu dute parte (Bizkaia: 3, Gipuzkoa: 7, Nafarroa: 1); guztira Lehen Hezkuntzako 5. eta 6. mailako 1.042 ikasle. Ikasleekin, irakasleekin eta familiekin saioak 2020ko urtarrila eta otsaila bitartean egin dira; topaketak, aldiz, maiatzean egitea aurreikusten da.

Ikasleen kasuan, alde handiak antzeman dira mailaren eta ikasturte garaiaren arabera. Alegia, kontzeptuak ez dira modu berean lantzen irailean 5. mailan hasten direnekin edota maiatzean 6. maila amaitzen dutenekin, tarte horretan online bizipenak izugarri aldatzen direlako. Orokorrean, ikasleek arriskuak ezagutzen dituzte, baina praktika ez seguruak oso ohikoak dira euren artean. Horregatik, txikitatik erabilera arduratsurako kontzientzia kritikoa lantzea behar-beharrezkoa da.

Irakasleen eta familien kasuan, gaiarekiko ardura nabarmena da. Testuinguru digitalaren abiaduragatik kezkatuta daude; eta, zenbait kasutan, beldurtuta, segurtasun digitalaren arloan duten ezagutza edota prestakuntza-maila eskasa dela uste dutelako. Helduen artean erabilera arduratsuari buruzko kontzientzia piztearen beharra azpimarratzen da, eskolaren eta familien hezkuntza-zeregina eta inplikazioa bermatze aldera.

Topaketetan proiektuaren norabide onaren ebidentziak jaso dira. Ikasleek ingurune digitalen erabilera arduratsurako ezinbestekoak diren irizpideak barneratu dituzte, eta segurtasun digitala bermatzeko jarraibideak oso modu sortzailean jaso eta adierazi. Gainera, informazio pertsonala zaindu, ezezagunekin argi ibili eta gainerako erabiltzaileak errespetatu zein laguntzeko konpromisoa hartu dute.

Bestalde, irakasleei eta familiei zuzendutako eskariak edota mezuak oso argiak dira: haur eta nerabeen argazkiak argitaratu aurretik (sare sozialetan edota profiletako argazki modura), eskatu baimena; eskaini arriskuei eta pribatutasunari buruzko informazioa eta utzi tarteka mugikorra aldera batera.

2.4. Etorkizuna

Badirudi jendartean adin txikikoen gaitasun digitalari buruzko kezka zabaldu dela; horren isla da hezkuntza-zentro eta eragile ugari buruz adierazitako interesa. Horri erantzuteko, Euskal Herriko Ikastolek (Ikastolen Elkarteak) eta IKT on-ek lanean jarraituko dute. Asmoa da hemen deskribatzen den proiektuari jarraikortasuna ematea eta, agian, Derrigorrezko Bigarren Hezkuntzan beste lanketa mota batekin osatzea. Digitalizazioaren abiadura ikaragarrikoa da; baina mugitzen ari gara, ahal den neurrian harrapa ez gaitzan!

Premiazkoa da adin txikikoek Interneten eta gailu digitalen (mugikorra barne) erabilera arduratsua garatzea, lehenbailehen. Horretarako, hezkuntza-agenteeek gaitasun kritikoa oinarri duen lanketa praktikoa eskaini behar diete ikasleei. Informazioa eta hausnarketa dira kontzientzia pizteko eta prebentzioa bermatzeko bide bakarrak.

3. Bibliografia

1. Bilgrami, Z., McLaughlin, L., Milanaik, R. eta Adesman, A. (2017). Health implications of new-age technologies: a systematic review. *Minerva pediatrica*, 69(4), 348-367. <https://doi.org/10.23736/S0026-4946.17.04937-4>
2. Gamito, R. (2019). *Adin txikikoen Interneten erabilerari eta arriskuei buruzko kasu azterketa bat. Pertzepzioetik kontzientzia piztera* [Doktore-tesia]. Universidad del País Vasco/Euskal Herriko Unibertsitatea (UPV/EHU), Vitoria-Gasteiz. <https://addi.ehu.es/handle/10810/35445?locale-attribute=es>
3. Gamito, R., Aristizabal, P., Vizcarra, M. T. eta Tresserras, A. (2017). La relevancia de uso crítico y seguro de internet en el ámbito escolar como clave para fortalecer la competencia digital. *Fonseca*, 15, 11-25. <https://doi.org/10.14201/fjc2017151125>
4. Garaigordobil, M. (2011). Prevalencia y consecuencias del cyberbullying: una revisión. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 11(2), 233-254. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=56019292003>
5. Gil-Juliá, B., Castro-Calvo, J., Ruiz-Palomino, E., García-Barba, M. eta Ballester-Arnal, R. (2018). Consecuencias de la exposición involuntaria a material sexual en adolescentes. *International Journal of Developmental and Educational Psychology (INFAD)*, 2(1), 33-44. <https://doi.org/10.17060/ijodaep.2018.n1.v2.1159>
6. INE, Instituto Nacional de Estadística (2019). *Encuesta sobre equipamiento y uso de las tecnologías de la información y comunicación en los hogares. Resultados año 2019*. https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176741&menu=resultados&idp=1254735576692
7. Klettke, B., Hallford, D. J. eta Mellor, D. J. (2014). Sexting prevalence and correlates: A systematic literature review. *Clinical Psychology Review*, 34(1), 44-53. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2013.10.007>
8. Ruiz-Palomero, J., Sánchez-Rodríguez, J. eta Trujillo-Torres, J. M. (2016). Utilización de Internet y dependencia a teléfonos móviles en adolescentes. *Revista Latinoamericana de ciencias sociales. Niñez y Juventud*, 14(2), 1357-1369. <https://doi.org/10.11600/1692715x.14232080715>
9. Sabater, C. (2014). La vida privada en la sociedad digital. La exposición pública de los jóvenes en internet. *Aposta. Revista de ciencias sociales*, 61, 1-32. <http://www.apostadigital.com/revistav3/hemeroteca/csabater.pdf>
10. Sherman, L. E., Payton, A. A., Hernandez, L. M., Greenfield, P. M. eta Dapretto, M. (2016). The power of the Like in Adolescence: Effects of Peer Influence on Neural and Behavioral Responses to Social Media. *Psychological Science*, 27(7), 1027-1035. <https://doi.org/10.1177/0956797616645673>
11. UNICEF (2017). *Guía de sensibilización sobre Convivencia Digital*. Buenos Aires: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). https://www.unicef.org/argentina/sites/unicef.org/argentina/files/2018-04/COM-Guia_ConvivenciaDigital_ABRIL2017.pdf

4. Ahozko komunikazioak

4.1 Goldberg-en Antsietate eta Depresio Eskala: euskarazko egokitzapenaren ikerketa pilotua

Joanes Lameirinhas Ortuoste, Arantxa Gorostiaga Manterola,

EHU, Psikologia Fakultatea, Gizarte Psikologia eta Portaera Zientzien Saila

joanes.lameirinhas@ehu.eus

1. Sarrera

Literatura zientifikoari jarraikiz, zahartzaroan arrisku-faktore ezberdinak elkar daitezke, askotariko nahasmendu eta gaixotasunen garapena erraz ditzaketenak. Nahasmendu emozionalei dagokienez, antsietatearen eta depresioaren prebalentziak altuak dira adineko pertsonengan, batik bat, egoitzaratutako adinekoengan. Horrek berebiziko garrantzia hartzen du biztanleriaren zahartzea jazotzen ari den egungo testuinguruan.

Ildo horretatik, aipatutako nahasmenduak pairatzen dituzten edo gara ditzaketen pertsonak antzemateko beharra azaleratzen da. Haatik, egun ez dago adinekoen dimentsio emozionala doi neurtzen duen euskarazko neurketa-tresnarik.

2. Helburuak

- 1) *Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg* (EADG) galde-sortaren euskarazko bertsioa sortzea eta beronen barne-trinkotasuna eta itemen funtzionamendua aztertzea.
- 2) Sortutako bertsioak antsietatearen eta depresioaren azpieskalen arteko erlazioa antzematen duen miatzea, bi nahasmendu horien arteko komorbilitatea dela eta.

3. Metodoak

Lagina adineko 68 parte-hartzailek osatu zuten, 66 eta 97 urte bitartekoak. Berauek euskal hiztunak ziren, eta Nafarroako eta Gipuzkoako eremu soziolinguistiko ezberdinetako adineko egoitzetan bizi ziren. Narriadura kognitiboa izatea baztertze-irizpidetzat hartu zen, itemen ulermen egokia ahalegintze aldera.

Parte-hartzaileei pasaturiko tresna EADGaren euskarazko bertsioaren (GADE) lehen proposamena izan da, itzulpen-atzeraitzulpen prozesuaren bidez eraikia.

4. Emaitzak

Analisi kuantitatiboak

Hasierako emaitzek adierazten dute euskarazko bertsioak barne-trinkotasun eta itemen funtzionamendu egokiak dituela. Antsietatearen zein depresioaren azpieskalek fidagarritasun-indize egokiak azaldu dituzte, Cronbach-enalfaren balioak 0.74 eta 0.78 izan direlarik, hurrenez hurren. Halaber, diskriminazio-indizeak egokiak izan dira bi azpieskaletan, 0.3 eta 0.6 bitarteko balioekin.

Bestalde, antsietatearen eta depresioaren azpieskalen arteko erlazioa estatistikoki esanguratsua da ($p=0.001$) eta antzemandako efektuaren tamaina ertaina ($r=0.47$).

Analisi kualitatiboak

Ahozko komunikazioak

Oro har, hitz batzuek zalantza bat edo beste eragin duten arren, parte-hartzaileek itemekiko ulermen egokia azaldu dute. «Inurridurak» eta «etsita» hitzak izan dira, batez ere, ulertu ez direnak.

5. Ondorioak

Orokorrean, ikerketa pilotu honetako emaitzek adierazten dute GADEak barne-trinkotasun eta itemen funtzionamendu egokiak dituela. Hala ere, itemen ulermen egokia oztopatu duten elementuak detektatu dira, berauek aldatzearen fase esperimentalari begira. Beraz, hasierako emaitzek iradokitzen dute GADEa, egokitzapen osoa gauzatzean, tresna fidagarria izan daitekeela antsietatearen eta depresioaren baheketa egiteko adineko euskal hitzun egoitzaratuekin.

6. Bibliografia

1. Eusko Jaurlaritz, Nafarroako Gobernu eta Euskararen Erakunde Publikoa (2016). VI. *inkestari soziolinguistikoa: Euskararen eremu osoa*. Hemendik berreskuratua: http://eu.eustat.eus/estadisticas/tema_460/opt_0/tipo_3/ti_Euskararen_erabilera
2. Goldberg, D., Bridges, K., Duncan-Jones, P., eta Grayson, D. (1988). Detecting anxiety and depression in general medical settings. *British Medical Journal*, 297, 897–899.
3. Íñiguez, J. (2009). Evaluación e intervención psicogerontológica de los trastornos depresivos. Non: R. Fernández-Ballesteros (Arg.), *Psicología de la vejez: Una psicogerontología aplicada* (137–156 orr.). Madril: Pirámide.
4. Osasunaren Munduko Erakundea (2015). *World report on ageing and health*. Hemendik berreskuratua: <https://www.who.int/ageing/publications/world-report-2015/en/>
5. Montón, C., Pérez-Echeverría, M. J., Campos, R., García-Campayo, J., eta Lobo, A. (1993). Escalas de ansiedad y depresión de Goldberg: Una guía de entrevista eficaz para la detección del malestar psíquico. *Atención Primaria*, 12, 345–349.

4.2 Marshallen Sindromea: lehen mailako arretako pediatria kontsulten erronka

Beñat de Alba Iriarte, Noelia Lopez Barba, Maria Milagros Lorente Molina, Jesus Barado Hualde

Donostia Unibertsitate Ospitalea. Analisi Klinikoen Zerbitzua

baiargitxo@gmail.com

1. Sarrera

Sukar errepikari kasuak maneiu zaileko patologiak izan ohi dira, eta diagnostiko diferentzial zabala hartu behar izaten da kontuan.

Marshallen Sindromea edo PFAPA (Periodic Fever, Adenopathy, Pharyngitis and Afthae) sukari errepikariaren barnean dagoen gaixotasun autoinflamatorio kronikoa da –ohikoena ziur asko–, sukari altu periodikoa, adenopatiak, faringitisa eta aftak ezaugarri dituenak. Hautzaroan gertatzen da normalean eta 10 urte ingururekin berez desagertzen da. Hilero errepikatzen da, gutxi gorabehera hiruzpalau eguneko sukarrarekin eta sintoma orokorrekin, baina arnasbideko infekziorik gabe. Bitartean haur horiek asintomatiko egoten dira eta hazkuntza egokia dute.

Laborategi-analisi bereizgarria du: leukozitosis, neutrofilia, C proteina errektibo (PCR) eta E immunoglobulina (IgE) altuak eta frotis faringeo negatiboa. Antitermiko eta antiinflamatorio ez-esteroideo (AIEE) gisako ohiko tratamenduei erantzun eskasa die. Kortikoide dosi bakarra nahikoa da tratatzeko; sintomak oinarri inflamatorioa dutela iradokitzen du horrek, ez-infekziosoa, amigdaletan hasten den prozesu immunologiko batengatik.

2. Helburuak

Komunikazio honen interesa edozein sukari errepikari kasuren aurrean sindrome hau aintzat hartzeko gomendioan datza. Nahiko maiz gertatzen da gure txikiaren artean, baina lehen mailako arretako pediatria kontsultetan ohartu gabe igaro ohi da gehienetan. Eritasun onbera izanik, diagnostiko azkarrak terapiari dagozkion buruhausteak ekidin ditzake. Hori dela eta, gai hau osasunaren prebentzioan laguntzeko erronka gisa aurkezten dugu.

3. Metodoak

Sei urteko neskatxa baten diagnostikoa eta jarraipena egin genituen.

4. Emaitzak

Duela hiru urtetik, hilero, hiruzpalau eguneko iraupeneko sukari altua, amigdalitisa eta adenopatiak zeuzkan. Tratamenduak beti huts egiten zuen ordea. Tartean sintomarik ez eta hazkuntza normala zituen.

Azken analisiaren emaitzak hauek izan ziren: leukozitosis ($18,34 \cdot 10^3/\mu\text{L}$ [4,5-13,5]); neutrofilia ($12,73 \cdot 10^3/\mu\text{L}$ [1,7-8,0]); C proteina errektiboa (PCR) ($59,80\text{mg/L}$ [0,00-5,00]) eta E immunoglobulina (IgE) ($980,00\text{kUA/L}$ [0,00-142,00]) altuak, eta mikrobiologiako proba negatiboa.

Ahozko komunikazioak

Episodioen errepikakortasuna, aurreko analisien emaitza eta sintomen ezaugarri antzekoak Marshallen Sindromearekin bat zetozen.

Orduz geroztik kortikoide bidez tratatu dute, erantzuna ona izanik, eta era horretan diagnostikoa konfirmatzea lortu da.

5. Ondorioak

Sindrome honen hileroko maiztasunak haurraren bizitza kalitatean eragina du, eskola-absentismoa bultzatzen duelako, adibidez; baina eritasun onbera, denboran mugatua eta berez sendatzen dena izanik, pronostiko bikaina du. Horregatik, sortzen duen antsietatea murrizteko, diagnostikoa garaiz zehaztea garrantzitsua iruditzen zaigu.

6. Bibliografia

1. Marshall GS, Edwards KM, Butler J. Syndrome of periodic fever, pharyngitis, and aphthous stomatitis. *J Pediatr.* 1987;110:43-46.
2. Thomas KT, Feder HM, Lawton AR. Periodic fever syndrome in children. *J Pediatr.* 1999;135:15-21.
3. Ramos Amador JT, Rodríguez Cerrato V, Bodas Pinedo A, Carnicero Pastor MJ, Jiménez Fernández F, Rubio Gribble B. Fiebre periódica, estomatitis aftosa, faringitis y adenitis cervical: a propósito de tres casos. *An Esp Pediatr.* 2000;52:59-61.
4. Solís Gómez B, Molins Castiella T, Rupérez García E, Gembero Esarte E, Molina Garicano J. Síndrome PFAPA, un reto para el pediatra. *An Pediatr (Barc).* 2007;66:631-632.
5. Villanueva Rodríguez C, Caballero Soler J. El síndrome de Marshall o PFAPA debe ser sospechado en la consulta de Atención Primaria. *Rev Pediatr Aten Primaria.* 2009;11:613-617.

4.3 Alzheimerren gaixotasunaren garrantzia Down sindromean

Miren Altuna Azkagorta, Maria Carmona Iragui, Bessy Benejam Paul, Laura Videla Toro, Isabel Barroeta Espar, Juan Fortea Ormaechea

Santa Creu i Sant Pau Ospitalea. Neurologia Zerbitzua. Alzheimer-Down Unitatea.

maltuna@santpau.cat

1. Sarrera

Alzheimerren gaixotasuna (AG) da Down sindromea (DS) duten pertsonen zahartzaroko arazo nagusia. Izan ere, 40 urte edo gehiago dituztenen lehen heriotza arrazoia da.

DSari loturiko desgaitasun intelektualak zaildu egiten du AGren diagnostiko goiztiarra egitea.

2. Helburuak

18 urte edo gehiago eta DS duten pertsonentzat sortutako gizarte mailako osasun planaren berri ematea, bai eta DSari loturiko AGren ezaugarri bereizgarriak deskribatzea ere.

3. Metodoak

2014ko martxotik 2019ko abendura arte, Alzheimer-Down Unitatean, DS duten 730 pertsona heldu artatu ditugu.

DSan adituak diren neurologo eta neuropsikologoek kasuok ebaluatuditze, eta guztietan narriadura kognitiboa garatu duten edo ez ikertu da, berau garatzeko arrazoiak eta bere larritasunaz gain.

Narriadura kognitiboaz gain, beste gaixotasun neurologiko (batez ere epilepsia) eta ez-neurologikoei buruzko informazioa ere jaso da.

Partaideen % 30ak baino gehiagok AGren biomarkatzaileak identifikatzeko proiektuan ere parte hartu du.

4. Emaitzak

60 urteko edo gehiagokopertsonen AG garatzeko duten arriskua % 90 baino handiagoa da.

DS duten gaixoengan AGrako erabiltzen diren biomarkatzaileen erabilgarritasuna DS ez duten pertsonen berdina da.

AG dutenen %50ak epilepsia pairatzen du, eta krisi ohikoenak miokloniak eta krisi epileptiko toniko-klonikoak dira. Kasuen % 70 monoterapiari kontrolatzea lortzen da, epilepsia diagnostikatu eta aurrenengo 12-24 hilabeteetan, nahiz eta AGren testuinguruan epilepsia garatzen duten gaixoen bizi itxaropena nabarmen txikiagoa izan garatzen ez dutenen aldean.

AGren tratamendurako onartuta dauden sendagaiak ez dute krisi epileptikoen kontrola okertzen. Sendagai horien eraginkortasuna eta tolerantzia DS ez duten populazioaren berdina dira.

5. Ondorioak

DS duten pertsonen aldizkako ebaluazio neurologiko eta neuropsikologiko espezifikoek AGren diagnostiko goiztiarra ahalbidetu dezakete. Aldizkako ebaluazioei esker, ongi bereiz daitezke zein diren desgaitasun intelektualaren eta zein AGren ondorioz agertzen diren zailtasun kognitiboak. Zalantzako kasuetan edo diagnostikoaren ziurtasuna areagotzeko asmoz, populazio orokorrean erabiltzen ditugun diagnostikorako tresnak ditugu eskuragai.

AGren testuinguruan, gomendagarria dakrisi epileptikoei buruz zuzenean galdetzea. Badirudi krisien diagnostiko eta tratamendu goiztiarrek eragin positiboa izan dezaketela bizi itxaropenean eta bizi kalitatean.

DS dutenek populazio orokorraren tratamendu bera jaso behar dute AG diagnostikatu bazaie.

6. Bibliografia

1. Aller-Alvarez JS. et al.[Myoclonic epilepsy in Down syndrome and Alzheimer disease]. *Neurologia*. 2017 Mar;32(2):69-73. doi: 10.1016/j.nrl.2014.12.008.
2. Sangani M. et al. Improvement of myoclonic epilepsy in Down syndrome treated with levetiracetam. *Epileptic Disord*. 2010 Jun;12(2):151-4. doi: 10.1684/epd.2010.0306.
3. Sharma CM et al. Late-onset myoclonic epilepsy in Down syndrome (LOMEDS): A spectrum of progressive myoclonic epilepsy - Case report. *Ann Indian Acad Neurol*. 2016 Apr-Jun;19(2):267-8. doi: 10.4103/0972-2327.173411.
4. Fortea J. et al. Plasma and CSF biomarkers for the diagnosis of Alzheimer's disease in adults with Down syndrome: a cross-sectional study.*Lancet Neurol*. 2018 Oct;17(10):860-869. doi: 10.1016/S1474-4422(18)30285-0.

4.4 Episiotomiaren prebentzioan erabiltzen diren metodo desberdinen eraginkortasuna: berrikuspen sistematikoa

Ane Hormaetxe Amarika¹, Olatz Amundarain Agiriano², Iraia Bidaurreazaga Letona³, Iratxe Duñabeitia Usategui³

¹*Oreka fisioterapia eta osteopatia*

²*Centro Médico Arrasate 53*

³*UPV/EHU. Medikuntza eta Erizaintza Fakultatea. Fisiologia Saila*

anehorma1997@gmail.com

1. Sarrera

Gaur egun ohikoa da erditze momentuan gerta daitekeen perineoko trauma ekiditeko episiotomia erabiltzea(1). Interbentzio hori saihesteko, fisioterapia arloan hainbat terapia garatu dira: masaje perineala, Kegel ariketak eta EPI-NO gailua, besteak beste (2).

2. Helburuak

Lan honen helburu nagusia da erditze aurreko masaje perinealak, Kegel ariketak eta EPI-NO gailuak episiotomien murrizketan duten eragina aztertzea. Era berean, bigarren mailako helburua da terapia horiek erditze osteko minean duten eragina aztertzea.

3. Metodoak

PEDro eta PubMed datu baseetan bilaketa bat egin da, eta teknika horien inguruan diharduten entsegu klinikoak bilatu dira. Artikuluei PEDro kalitate eskala pasatu zaie (gutxieneko puntuazioa: 5/11).

4. Emaitzak

Bilaketa egin ostean, berrikuspen sistematikorako erabiliko diren 8 artikulua aukeratu dira (5 masaje perinealaren inguruan, 2 EPI-NO gailuaren inguruan eta bat Kegel ariketen inguruan). Artikulu horietan hainbat parametro aztertu eta konparatu dira: tratamendu mota; lagina; diseinua; ausazkoa izan den eta kontrol talderik egon den edo ez; emakume mota (nuliparoa/multiparoa); tratamenduaren hasiera, denbora eta egilea; episiotomien murrizketa eta minaren murrizketa. Masaje perineala eta Kegel ariketak episiotomiak murrizteko eraginkorrak izan daitezkeela ikusi da (terapia horiek aztertzen dituzten emaitza adierazgarriak aurkitu ditugu: $p < 0,001$ / $p = 0,03$ eta $p = 0,014$). EPI-NO gailuaren inguruan, ordea, emaitza kontraesankorrak aurkitu dira.

5. Ondorioak

Aztertutako hiru tekniken artean masaje perineala da episiotomien prebentzioan onura gehien eragiten duena. Hala ere, lortutako datuen arabera, oraindik ikerketa zehatzagoak behar dira teknika horien erabilgarritasuna bermatzeko.

4.5 Elkarrekin hazten: babesten duen sarea

Itsaso Sexmilo Ayarra¹, Amaia Lucambio Larrechea², Uxue Seminario Fonseca², Sonia Vizcay Urrutia³, Nerea Arza Lopez⁴, Maite Ayarra Elia²

¹Hernaniko OE

²Uharteko OE

³San Juan de Dios Ospitalea

⁴Langabezian

itsaso.sexmilo@gmail.com

1. Sarrera

Umeen tratu txarrak saihestu eta haiei aurre egiteko, 2005ean, Uhartan, profesionalen sare bat eratu zen. Sareko lan horren ebaluazio konplexu bezain beharrezkoan lagundu nahi du ikerketa honek, murgildutako profesionalen iritzien balorazioa eta bost kasu adierazgarri jakitera emanez.

2. Helburuak

Profesionalek sareko lanaren inguruan duten iritzia aztertzea.

Kasu bakoitzari heltzeko era ezberdinen inguruan hausnartzea.

3. Metodoak

Ikerketa kualitatiboa, sarean parte hartzen duten profesionaleri egindako elkarrizketak aztertuz eta adierazgarriak izan diren 5 kasu deskribatuz.

2019ko azaroan.

Laginketa ez-probabilistikoa; hautazkoa.

Bildutako datuak: profesionalen adina, sexua eta lanbidea. Elkarrizketan galdera irekiak egin dira, alderdi kognitibo eta afektiboei buruzkoak.

Kasuak: detekzioa (D), arazoa (A) eta lorpenak (L).

4. Emaitzak

Langile kopurua: 7; 6 emakume, gizon 1

Lanbideak: 2 gizarte langile, 2 pediatra, eta erizain, hezitzaile eta eskola orientatzaile bana.

Galderak:

- Sarea erabilgarria al da?
Denek baietz diote. Batek, kasu batzuetan helburuak lortu ez arren, aurrerago esku hartzeko atea irekia uzten dela nabarmentzen du.
- Lan saretik zer baloratzen duzu?
Egoera zenbait esparrutatik ezagutzeko aukera, baita informazioa partekatzearena ere.

Ahozko komunikazioak

Murgildutako profesionalak ezagutzea, baita eskuragarri dauden baliabideak ere.

Helburu eta irizpide komunak erabiltzea, duplizitate eza, efizientzia.

Esku hartzea pentsatu eta birpentsatzea.

Umeak ongi eta familiaren baitan mantentze aldera dauden baliabide guztiekin lan egitea.

Prebentzioa eta beharren arabera irakaskuntza.

- Zer onura dakarkizu lan sareak?

Beste profesionalengandik ikastea.

Bakarrik ez sentitzearen lasaitasuna, kasu zailenak elkarbanatzea.

Profesionalen artean eta artatutako pertsonekin harreman positiboak eratzea.

- Zein zailtasun aurkitu dituzu lan sarean?

Dinamikan: astirik eza, eta metodologia berriaren gaineko formakuntza eta trebezia falta.

Profesionalengan: egonkortasun eza, batez ere orientatzaileen aldaketengatik.

Helburuetan: batzuetan ez dira momentuan lortzen, etorkizunean baizik.

Kasuak:

- Julen. D:pediatra. A:aita izateko ezgaitasuna. L:alabarekin bizitzea.
- Ahar. D:liburuzaina. A:talka kulturala nerabe musulmanekin. L:kulturarteko bitartekariaren laguntza.
- Elisa. D:familia medikua. A:emakume migratzailea, tratu txarrak. L:bikotearengandik banatzea.
- Lola. D: irakaslea. A:arreta falta eta hiperaktibitatea. L:ikasketak gaintitzea, poza.
- Xabier. D:gizarte langilea. A:amaren gaitasun falta. L:lorpenik ez.

5. Ondorioak

Egindako ikerketak (profesionalen hautemateak eta kasuen analisiak) sareko lanean jarraitzea eta beste arlotara zabaltzea sustatzen du.

Sareak denak babesten ditu: tratatutako umeak, familiak eta profesionalak.

6. Bibliografia

1. El trabajo en red. Reflexiones desde una experiencia. Diciembre 2009. Raúl Castillo Trigo. <http://www.zerbitzuan.net/documentos/zerbitzuan/EI%20trabajo%20en%20red.pdf>
2. Hagamos de nuestro barrio un lugar habitable Manual de intervención comunitaria en barrios .Septiembre 2013. Josep Buades Fuster y Carlos Giménez Romero (Coordinadores http://nadiesinfuturo.org/IMG/pdf/LT_2_Manual_de_IntervencionComunitaria_en_barrios.pdf
3. http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000001032cnt-modulo_7_salud-participacion-comunitaria.pdf
4. Redes. Una aproximación al concepto. 2003. Dra. Marta Rizo García. <https://docplayer.es/10331781-Redes-una-aproximacion-al-concepto.html>

4.6 Elkarrizketa motibazionalak gehiegizko pisua duten pazienteei lagun diezaieke?

Itsaso Palacios Rodríguez¹, Idoia Iturbe Telleria², Iratxe Urkia Susin³, Edurne Maiz Aldalur²,
Eva Pereda Pereda²

¹Osakidetza. Vitoria-Gasteizko Erizaintzako Unibertsitate Eskola.

²Euskal Herriko Unibertsitatea (UPV/EHU). Psikologia Fakultatea. Biodonostia Osasun
Ikerketa Institutua; Osasun Mentala eta Arreta Psikiatrikoa.

³Euskal Herriko Unibertsitatea (UPV/EHU). Farmazia Fakultatea.

eva.pereda@ehu.eus

1. Sarrera

Osasunaren Mundu Erakundeak dioenez, 1975. urtetik gaur egun arte obesitate tasa hirukoiztu egin da; bestalde, hainbat ikerketen arabera, joerak berdin jarraituz gero, 2030. urterako munduko biztanleriaren % 51k obesitatea pairatuko du. Gainpisu eta obesitate gaixotasunen etiologia anitza da, baina kasu gehienak prebeni daitezke. Haurtzaroan zein nerabezaroan gainpisua edo obesitatea izateak helduaroan osasun ondorio negatiboak izateko aukerak handitzen ditu. Diziiplina anitzeko taldeek gainpisu eta obesitate tasa murrizten eta kasu berrien prebentzioan lagun dezakete. Hainbat teknikaerabili izan ohi dira pisua murrizteko, hala nola elkarrizketa motibazionala.

2. Helburuak

Elkarrizketa motibazionalak gehiegizko pisua duten pertsonengan eragiten ote duen aztertzea, hau da, pisua jaitea eta mantentzea eta intzidentzia-tasa prebenitzea lortzen ote den.

3. Metodoak

MEDLINE, PsycINFO, EMBASE, CINAHL, LILACS eta DIALNET datu baseetan artikulua bilaketa gauzatu zen hurrengo hitz gakoak konbinatuz: overweight, obesity, motivational interviewing eta effectiveness. 30 artikulua berrikusi ziren.

4. Emaitzak

Ikertutako artikuluen arabera, prebeni daitezkeen gaixotasunak direnez, askoz ere egokiagoa da prebentzioan zentratzea tratamenduan baino. Horrez gain, diziiplina anitzeko ikuspuntua beharrezkoa da, gainpisuan faktore anitzek dutelako zeresana. Zenbait ikerketek ondorioztatu dute lehen mailako arretan elkarrizketa motibazionalaren teknika erabiltzeak obesitatea prebenitzen laguntzen duela. Horrez gain, pisu galera sustatzeko tratamenduaren barruan, dieta eta ariketa fisikoan oinarritutako aholkularitzarekin batera, teknika horren eraginkortasuna balioztatu da; izan ere, obesitatea tratatzeko alderdi psikologikoa lantzea ezinbestekoa da.

5. Ondorioak

Berrikusketak iradokitzen du gainpisuaren eta obesitatearen prebentzioa hainbat arloren arteko koordinazioaren bitartez egin behar dela, baita elkarrizketa motibazionalaren erabileraren eraginkortasuna egiaztatze beharra dagoela ere. Ikerketa gehiago behar da, gehiegizko pisuaren

etiologia hobeto ezagutzeko eta bizitza ohitura osasuntsuak sustatzeko. Halaber, prebentzioan oinarritutako politika sozialak sustatzean, osasun gastuak murriztuko liratekeela eta pertsonen osasun fisiko zein mental hobea izango luketela aurreikusten da.

6. Bibliografia

1. Delgado P, Caamaño F, Jerez D, Jerez D, Campos C, Ramírez R, et al. Efectos de un programa de tratamiento multidisciplinar en obesos mórbidos y obesos con comorbilidades candidatos a cirugía bariátrica. *Nutr Hosp.* 2015;31(5):2011–6. doi: 10.3305/nh.2015.31.5.8569.
2. Gálvez P, Gómez N, Nicoletti D, Cerda R. ¿Es efectiva la entrevista motivacional individual en la malnutrición por exceso? Una revisión sistemática de la literatura. *Aten Primaria.* 2019;51(9):548–61. doi: 10.1016/j.aprim.2018.04.006.
3. Geserick M, Vogel M, Gausche R, Lipek T, Spielau U, Keller E, et al. Acceleration of BMI in early childhood and risk of sustained obesity. *N Engl J Med.* 2018;379(14):1303–12. doi: 10.1056/NEJMoa1803527
4. World Health Organization. Global status report on noncommunicable diseases 2014. 2014 [Kontsulta: 2020-01-07]. Eskuragarri: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/148114/9789241564854_eng.pdf?sequence=1.
5. World Health Organization. Obesity and Overweight [Internet]. 2018 [Kontsulta: 2020-01-07]. Eskuragarri: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>.

4.7 Ibilera abiadura, komunitateko emakume adineko aktiboen funtzionaltasun galeraren adierazle

Javier Ibarbia Jimenez, Igor Lauzirika Aransolo, Izaro Esain Castañares, Iratxe Duñabeitia Usategui, Iraia Bidaurrazaga Letona, Susana M. Gil Orozko

UPV/EHU, Medikuntza eta Erizaintza Fakultatea, Fisiologia Saila.

jibarbiajimenez@gmail.com

1. Sarrera

Ibilera abiadura funtzionaltasunarekin erlazionatu izan da adinekoengan¹. Horrela, geriatrikoetan edo komunitatean bizi diren edota hainbat gaixotasun dituzten adinekoen ibilera abiadura geldoa ospitalizazioarekin, mortalitatearekin eta galera funtzionalarekin erlazionatu izan da. Halere, komunitatean bizi eta aktiboak diren adinekoen ibilera abiadurari erreparatuta funtzionaltasun arazoak edo galerak identifika daitezkeen aztertzen duten ikerketak urriak dira³. Ikerketa ugari dago komunitatean bizi diren adineko ez-aktiboek buruz. Aldiz, komunitatean bizi diren adineko aktiboetan oinarritutako ikerketak oso urriak dira.

2. Helburuak

Lan honen helburu nagusia da komunitatean bizi diren eta aktiboak diren emakumeen ibilera abiadura aztertzea eta, emaitzen arabera, abiadura geldoagoa eta arinagoa zutenen aldagai antropometrikoak, funtzio fisikoa eta jarduera fisiko maila konparatzea.

3. Metodoak

Ikerketa honetan, komunitatean bizi eta hirugarren adineko jarduera fisikoko programa gidatu batean parte-hartzen zuten emakumeak aztertu ziren ($n= 55$; $76,6 \pm 66$ urte). Parte-hartzaileei hurrengo neurketak egin zitzaizkien: antropometrikoak (pisua, altuera, aldaka eta gerri zirkunferentziak), funtzio fisikoko testak (ibilera abiadura [10m], eskuko dinamometria, arm curl, 8 foot up and go, chair stand eta 6 minutuko ibilera testa) eta Minnesota galdetegi laburtua. Ibilera abiaduraren mediana kalkulatzeko, aldagaia dikotomiko bihurtuz. Horrela, parte-hartzaileak bi taldetan banatu ziren: abiadura geldoagoa zutenak eta arinagoa zutenak.

4. Emaitzak

Ibilera abiadura geldoagoa izan zutenen batezbesteko abiadura $1,41 \pm 0,15$ m/s-koa izan zen eta, aldiz, abiadura arinagoa izan zutenena $1,76 \pm 0,11$ m/s. Ibilera arinagoa zuten parte-hartzaileek emaitza hobekak lortu zituzten arm curl testean ($p < 0,016$) eta 8 foot up and go eta 6 minutuko ibilera testetan ($p < 0,001$). Aldiz, ez zen desberdintasun adierazgarririk ikusi antropometrian, ezta handgrip eta chair stand testetan ere. Era berean, bi taldeen adinari eta jarduera fisikoko mailari dagokionez, ez zen alderik hauteman.

5. Ondorioak

Komunitatean bizi eta aktiboak diren emakumeen artean, ibilera geldoagoa zutenek funtzio fisiko baxuagoa zuten. Horrela, emaitzen arabera, nahiz eta emakume horiek aktiboak izan eta

Ahozko komunikazioak

funtzionaltasun altua izan, ibilera abiaduraren balorazioaren bidez funtzio galera edo arazoak identifika daitezke. Informazio hori erabilgarria izan daiteke prebentzioa goiztiarra egiteko.

6. Bibliografia

1. Montero-Odasso M, Schapira M, Soriano ER, Varela M, Kaplan R, Camera LA, et al. Gait velocity as a single predictor of adverse events in healthy seniors aged 75 years and older. *Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2005; 60(10):1304-1309.
2. Peel NM, Kuys SS, Klein K. Gait speed as a measure in geriatric assessment in clinical settings: a systematic review. *Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2013; 68(1): 39-46.
3. Brach JS, VanSwearingen JM, Newman AB, Kriska AM. Identifying early decline of physical function in community-dwelling older women: performance-based and self-report measures. *Phys Ther.* 2002; 82(4):320-328.

4.8 Mutualia Gaztea

Veronica García Fonseca eta Jon Irizar Huguet

Mutualia

vgarcia@mutualia.eus

1. Sarrera

Gizarte erantzukizun korporatiboaren barnean, 2016an, Mutuialiak "Mutualia Gaztea" egitasmoa sortu zuen, eta 2017ko maiatzean antolatu zuen lehen bisitaldia.

Helburua da 11 eta 13 urte bitarteko ikasleak arriskuen prebentzioaren arloan sensibilizatzea. Horretarako, EAEko hiru lurraldeetan gure instalazioetara bisitak antolatzen dira, osasun-zentro baten eguneroko jarduna ezagutzeko eta arriskuen prebentzioarekin modu erraz eta hurbilean harremanetan jartzeko.

2. Helburuak

- Gazteen artean laneko arriskuen prebentzioaren kultura sustatzea, gaiarekin modu erraz eta hurbilean harremanetan jarriz.
- Ezagutza partekatzea lehen sorospenteko tekniken inguruan.
- Mutuialiak EAEko hezkuntza komunitatearekin eta gazteriarekin duen konpromisoa indartzea.
- Gure instalazioetan eskaintzen ditugun osasun-zerbitzuen jarduera gizarteari hurbiltzea.

3. Metodoak

Ikus-entzunezko materialen eta tailer praktikoaren laguntzaz, gazteek Mutuialiaren izateko arrazoiak ezagutzen dute, beraien egunerokoan izan ditzaketen arriskuen prebentziora trebatzen dira, eta ezagutzak eskuratzen dituzte lan-inguruneetan ohikoenak diren norbera babesteko ekipamenduak erabiltzeko.

Larrialdietako Zerbitzuko langileek bihotz-biriketako bizkortzearen praktikari buruzko prestakuntza ematen diete, eta arrisku-egoera baten aurrean jarraitu beharreko jarraibideak jakinarazten dizkiete.

Larrialdi-, kontsulta-, ospitaleratze- eta errehabilitazio-zerbitzuetako arloekin, teknikekin eta ekipamenduekin dute harremana.

Azkenik, inkesta batekin saioaren gogobetetzea egiaztatzen dugu eta gazte guztiei ematen diegu "Mutuakide" diploma eta oroigarriren bat, eskola-egutegian egun berezi hori borobiltzeko.

35 jardunaldiak ez dira guztiz berdinak izan, hainbat arrazoiengatik:

- Nahiz eta planteamendua antzekoa izan, egitasmoa gauzatzen den lekura egokitzen da (Bilbo, Donostia edo Gasteiz).

Ahozko komunikazioak

- Gainera, taldeei arreta ematen dieten osasun-profesionalak ez dira beti berberak; hau da, bisita bakoitzaren unean, gure instalazioetako zerbitzuetan gertatzen ari den osasun-jarduera errealakontuan hartu behar dugu, eta horrek malgutasuna eskatzen digu ibilbideetan aldaketak egin ahal izateko.
- Bisitari-taldeek zalantzak eta kontsultak planteatzen dituzte, eta, horregatik, jardunaldi bakoitzak antzeko egitura antolatu bat jarraitzen du, baina talde bakoitzaren erritmo eta kezketara egokitzen da.
- Edukiak lantzeari dagokionez, BBB praktikaren parte gisa, larrialdi-egoera baten aurrean telefono mugikorrek erabiliz eta aplikazio batzuk ezagutuz zer urrats egin behar diren azaldu zen, eta laster iktusaren detekzioari buruzko argibide batzuk sartuko dira.
- Era berean, adinari eta ingurune komunei egokitutako ohitura osasungarriari buruzko aholkuak ematea baloratzen da.

4. Emaitzak

2017ko maiatzean lehen bisitak egin zirenetik, 35 jardunaldi antolatu dira. 9 ikastetxetako 840 ikaslek parte hartu dute. Hona hemen gogobetetze-inkestaren emaitzak: % 95ek baino gehiagok positibo edo oso positibo gisa baloratu dute bai prebentzio-tailerraren erabilgarritasuna bai bisita osoa.

5. Ondorioak

Irakasleek adierazi digute egitasmoarekin pozik daudela, bai hezkuntzaren eta bai ikuspegi akademikoaren ikuspuntutik. Praktikak beste helburu garrantzitsu batzuk lortzea ekarri du: batetik, gure bisitariak ondo pasatuz ikastea, eta, bestetik, haien kezka eta jakin minak ezagutuz, guk ere ikastea.

6. Bibliografia

1. Mutualia Gaztea

4.9 Elkarlanean jositako informazioa, prebentziorako tresna

Ainara Gorostitzu Muxika,

Hik Hasi egitasmo pedagogikoko kidea, HAZI HEZlren koordinatzailea

ainaragmujika@gmail.com

1. Sarrera

Haur bat hazteko eta hezteko tribu oso bat behar dela esaten da. Gaur eta hemen, haur bat hezteko bi guraso (lanpetu) eta kasu askotan bakarra daude.

Transmisioan eten bat egon dela esaten dute euskal kulturgintzan ari direnek, eta zer esanik ez haziera- eta heziketa-gaietan. Lehendabizikoz besoetan hartzen duten haurra euren lehen seme-alaba da hainbat gurasoren kasuan. Haur bat zer den ez dakiten emakume asko, eta are gizonezko gehiago. Haur baten garapena eta beharrak nolakoak diren ideia gutxi duten gurasoak. Haur bat hazten eta hezten ikusi ez dutenak. Askok bakarrik daudenak. Eta nora jotzen dute haur horren negarra ulertzen ez dutenean? Nora, haurra ondoezik sumatzen dutenean? Nora, zer egin ez dakitenean? Bada, lehenen-lehenik, Google: Google da guraso askoren iturria.

Google oihana da. Gauza bat eta kontrakoa esango dizkizu Googlek, bai heziketaz, bai loaz, bai elikaduraz, gaixotasunaz... eta ez dago haur jaioberri bat nola hazi eta hezi asmatzen ez duten guraso berriak baino inor zaurgarri, ahul eta manipulagarriagorik. Haurrak eta familiak osasuntsu haztea nahi badugu, Google erraldoiari konpetentzia egingo dion sarea sortu behar dugu.

2. Helburuak

Familiak informazioa behar dute. Eta informazio ona emango dioten aliatuak. Sareko ezinbesteko aliatu zarete osasungintzako profesionalak. Desberdina da haur txikiarekin pediatarrenera doan gurasoak azterketa pasa behar duela sentitzen duen, ala helduleku bat aurkituko duen: liburu ireki bat, osasungintzaren jakinduria hitz xehez eta euskaraz azalduko diona.

Sare horretan beste puntu bat da eskola. Eta hirugarrena, komunitatea. Elkarren berri izatea funtsezkoa da. Eskolak eta osasungintzak harreman zuzena izan behar dute auzo eta herrietan. Haurraren (hau da, pertsona zaurgarrienen) zaintza erdigunean jarriko duen komunitatea herri sanoagoa izango da.

3. Metodoak

Sarea josi behar dugu osasungintzako profesionalen, eskolakoen eta herritarren artean. Profesional onen galbahetik pasatako informazio kontrastatua, euskaraz, eskainiko duen sare bat.

Sarea josteko ekinean ari da HAZI HEZl aldizkaria. 2012tik, haurraren hazieran eta heziketan lagungarri izango den informazio fidagarriaren dibulgazioan dihardugu, prebentzioa helburu.

4.10 Ohitura osasuntsuak eskola batean: gurasoen eta haurren ikuspuntua. Ikerketa deskriptiboa

Garazi Leanizbarrutia Alonso¹, Antxon Apiñaniz Fernandez², Raquel Cobos Campos³, Arantza Saez de Lafuente Moringo³, Felipe Aizpuru Barandiaran³, Naiara Parraza Diez³

¹Medikuntza graduatua.

²Osakidetza-Arabako ESla. Familia medikua.

³Osakidetza-Arabako ESla. Ikerlaria.

garazilea@hotmail.com

1. Helburuak

Eskola bateko hurrek eta gurasoek dituzten ohiturak deskribatzea, honako hauek zehazteko: elikadura, jarduera fisikoa, toxikoen kontsumoa eta segurtasuna; baita aldagai horiek elkarren artean eta loditasunarekin dituzten harremanak deskribatzea ere.

2. Metodoak

Diseinua: zeharkako ikerketa deskriptiboa. Hiri bateko eskola batean garatu zen ikerketa, 2018-2019. urtean.

Aukeratzeko irizpideak: Lehen Hezkuntzako 5. mailan eta Batxilergoko 2. mailan matrikulatuta zeuden hurrek eta eskolako guraso guztiek jaso zuten inkesta.

Parte hartzaileak: 1.043 familietatik 199 gurasok erantzun zioten inkestari (% 20). Lehen Hezkuntzako eta Batxilergoko ikasleen artean, 624 ikasletatik, 490ek erantzun zuten (% 78).

Aldagaiak: ohitura osasuntsuen inguruan datuak biltzeko 2 inkesta sortu ziren, aurrez balioztatutako beste inkesta batzuetatik hartuta; bata gurasoentzat eta bestea haurrentzat. Analisi estatistikoa: laginaren ezaugarri orokorrak deskribatu ziren. Aldagai kualitatiboak maiztasunaren eta portzentaien bidez deskribatu ziren, konfiantza tartea % 95 izanik. Aldagai kuantitatiboak deskribatzeko, batezbestekoa, balore minimoa eta maximoa eta desbideraketa estandarra edo mediana kontuan hartu ziren. SPSS programa erabili zen.

Ikerketaren mugak: gurasoen parte hartze txikiak eragina du emaitzetan.

Alde etikoak: ikerketa klinikoko komite etikoak onartu zuen behaketa.

3. Emaitzak

Aiten % 47k, amen % 21ek eta haurren % 10ek gainpisua zeukaten. Haurren Gorputz Masa Indizearen (GMI) batezbestekoa $17,4 \pm 9,31$ izan zen, eta aita-amena $23,4 \pm 3,811$.

Hurrek, batez beste, $8,61 \pm 1,563$ ordu lo egiten zuten astean zehar, eta $9,33$ ordu jai-egunetan.

Haurren % 40k alkohola edan zuten noizbait bere bizitzan, alkohola edateko batez besteko adina 14 urte izanik.

Ahozko komunikazioak

Haurren % 91k aitortu zuen ez duela inoiz tabakoa erre.

Inkestaren arabera, haurren% 12ak bakarrik erabiltzen zuen kaskoa bizikletan ibiltzeko.

4. Ondorioak

Bai bizi ohitura eta bai GMIa antzekoa da eskola honetan eta inguruko populazioan. Interesgarria izango litzateke hurrengo ikerketak longitudinalak izatea, bizi ohiturak urteetan zehar aldatzen diren jakiteko eta prebentzio ekintzak diseinatzeko.

5. Posterrak

5.1. GIBa prebenitzeko helburuarekin xiringak trukatzeko programa Euskadiko farmazia komunitarioetan

Ainhoa Oñatibia Astibia¹, Arantxa Arrillaga Arrizabalaga², Antonio Arraiza Armendariz², Maria Luisa Martínez Garcia³, Sonia Sanz Olmos⁴

¹Gipuzkoako Sendagaigileen Elkarte

²Hiesa eta Sexu Transmisioko Infekzioen Plana - Osakidetza

³Arabako Farmazialarien Elkarte

⁴Bizkaiko Farmazialarien Elkarte

ainhoaonatibia@redfarma.org

1. Sarrera

Farmazia komunitarioa herritar guztien eskura dagoen baliabide bat da, eta bertan, farmazialaria da GIBak eragindako infekzioari buruz herritarrei aholkuak eta aholkuak emateko prestatutako profesional sanitarioa. Azken hamarkadetan, Euskal Autonomia Erkidegoko (EAE) farmazia komunitarioek GIBaren prebentzioarekin eta diagnostiko goiztiarrekin lotutako hainbat programatan parte hartu dute, Osasun Sailarekin lankidetzan estuan. 1991tik martxan dagoen programa horietako bat xiringak trukatzeko programa (XTP) da. XTP ez da xiringa-truke soil batean oinarritzen; izan ere, profesional sanitarioak heziketa eskaintzen die erabiltzaileei, administrazioari lotutako kalteen prebentzioari buruz.

2. Helburuak

Deskribatzea zer emaitza lortu dituen XTPk, eta, zehazki, nola parte hartu duen farmazia komunitarioak programa honetan.

3. Metodoak

Hiesaren eta sexu-transmisiozko infekzioen planean jasotako datuen azterketa deskribatzailea egien da. Aintzat hartu diren aldagaietako batzuk hauek dira: xiringen urteko kontsumoa, lurraldearen, tokiaren eta modalitatearen arabeko banaketa, eta programaren urteetako bilakaera.

4. Emaitzak

1990 eta 2008 artean 10.758.036 xiringa-kit banatu ziren Euskadin. Urteko kontsumoaren batez bestekoa 370.967 xiringa-kitekoa da, baina azken urteetan kontsumo hori nabarmen murriztu da, eta 2018an 125.593 xiringa-kit banatu ziren. 125.593 horietatik, % 71,7 (n = 90.054) farmazietan banatu ziren, % 28,1 (n = 35.233) gobernu kanpoko erakundeetan (GKE) bidez eta % 0,2 (n = 306) espetxeetan. Farmazietan banatutako kit guztietatik, % 72 saldu egin ziren, eta % 28 trukatu ziren. Bizkaian banatu ziren kit eta xiringa gehien (% 52,0); ondoren, Gipuzkoan (% 40,8) eta gero Araban (% 7,2).

5. Ondorioak

GIBa eta horrekin lotutako beste infekzio batzuk prebenitzeko estrategia eraginkorra da XTP. Farmazia komunitarioa baliabide egokia da osasun publikoko estrategiak garatzeko, eta farmazialaria funtsezko profesionala da GIBaren prebentzioan.

6. Bibliografia

1. Menoyo C, Programa de intercambio de jeringuillas en las farmacias. Publicación Oficial de la Sociedad Española Interdisciplinaria de Sida. Vol. 4, nº 3 (Marzo 1993), p. 178-179

5.2. Farmazia komunitarioa, GIBaren eta sifilisaren prebentzioan eta diagnostiko goiztiarrean inplikaturako osasun-baliabide gisa

Ainhoa Oñatibia Astibia¹, Arantxa Arrillaga Arrizabalaga², Antonio Arraiza Armendariz², Maria Luisa Martínez Garcia³, Sonia Sanz Olmos⁴

¹Gipuzkoako Sendagaigileen Elkarte

²Hiesa eta Sexu Transmisioko Infekzioen Plana - Osakidetza

³Arabako Farmazialarien Elkarte

⁴Bizkaiko Farmazialarien Elkarte

ainhoaonatibia@redfarma.org

1. Sarrera

Euskal Autonomia Erkidegoko (EAE) farmazia komunitarioek, farmazia-elkargoen eta Osasun Sailaren laguntzarekin batera, GIBaren prebentzioarekin eta diagnostiko goiztiarrekin lotutako hainbat programatan parte hartu dute. 2009an GIBaren test azkarra jarri zen abian GIBaren diagnostiko goiztiarra errazteko asmoz, test aurreko eta osteko aholkuekin eta zentro espezifikoetara deribatzearekin batera. Susmoa berresteko. 2011n, programa osatzeko asmoz, sifilisaren test azkarra egiten hasi zen, gizonekin sexua duten gizonei zuzendua.

2. Helburuak

Euskal Autonomia Erkidegoko farmazietan GIBaren eta sifilisaren test azkarreko programan lortutako emaitzak deskribatzea.

3. Metodoak

Hiesaren eta sexu-transmisiozko infekzioen planean jasotako datuen azterketa deskribatzailea egin da.

4. Emaitzak

2009ko martxotik 2019ko irailera bitartean, GIBaren 28.368 eta 2290 sifilisaren test azkar egin dira Euskadiko farmazietan. Farmazietara testa egitera joaten diren pertsonen % 22,4 gizonekin sexua duten gizonak dira (HSH), % 43,8 gizon heterosexualak (HTX) eta % 25,4 emakumeak. Testa botikan egiten duten gehienek emaitzaren azkartasunagatik (% 40,7) edo irisgarritasunagatik (% 36,1) egiten dute.

Aldi osoan emaitza positibo guztien prebalentzia % 0,9koa da GIBaren kasuan (n = 243) eta % 3,4koa sifilisaren kasuan. GIBaren emaitza positiboaren prebalentzia handiagoa dute HSH-ek populazio orokorrak baino (% 2,1 eta % 0,9, hurrenez hurren).

5. Ondorioak

Farmazian egindako testen kopuruak eta lortutako emaitzek adierazten dute kolektibo horri zuzendutako kanpainekin jarraitu behar dela eta horrelako zerbitzuak mantendu behar direla.

6. Bibliografia

1. Gorostiza I, Elizondo Lopez de Landache I, Braceras L. Programa de cribado de VIH/Sida en las oficinas de farmacia en la Comunidad Autónoma del País Vasco. Gaceta Sanitaria. 2013;27(2):164-166.

5.3. Snoezelen terapiak gehiegizko alkohol kontsumoaren kalteetarako dakartzan onurak

Irantzu Rico Barrio¹, Nagore Puente Bustinza¹, Ianire Buceta Salazar¹, Izaskun Elezgarai Gabantxo¹, Pedro Grandes Moreno¹ eta Janire Rojas Caño²

¹*EHU, Medikuntza eta Erizaintza Fakultatea, Neurozientzien Saila. EHU Zientzia Parkea, Achucarro Neurozientzia Ikerketa Zentroa.*

²*International Snoezelen Association professional e,V- ISNA Erakundea, Terapia klinikoak- Errehabilitazio Saila.*

janire@ausarti.com

1. Sarrera

Snoezelen, norbanako zentzumenen estimulazioan edo erlaxazioan oinarritzen den terapia ez-farmakologikoa da. Pertsonon bizi-kalitatea hobetzea du helburu nagusia. Terapia honetan, ikusmena, entzumena, ukimena, dastamena, oreka, propiozepzioa eta usaimenahainbat objekturen bitartez kitzikatzen dira: argiztapen artifizialaren, musika terapeutikoaren, ehundura ezberdinen eta hainbat lurrin eta elikagairen bidez. Terapia hau erabilgarria dela egiaztatu da Rett sindromean, garun-lesio traumatikoan, garun-paralisan eta dementzian agerikoak diren sintoma fisiologikoak eta portaera-aldaketak arintzeko. Haatik, droga-abusuek dakartzaten asaldurei aurre egiteko Snoezelen terapiak ekar ditzakeen onurak ez dira ikertu orain arte. Ildo horretan alkohola da mundu mailan gehien kontsumitzen den substantzia psikoaktibo ohikoena eta alkoholismoak 3,3 milioi hildako eragiten ditu urtero; mundu osoko heriotza guztien % 5,9, alegia.

2. Helburuak

Ikerlan honen xedea droga honen kontsumoaren ondorioz sorturiko kalteei aurre egiteko Snoezelen terapiak zer rol duen aztertzea da. Zehatz-mehatz adimena, mugimenduen koordinazioa, oreka eta antsietate/depresio prozesuak aztertuko dira.

3. Metodoak

Azterlan honen helburua gauzatzeko Gamiz-Fikan kokatuta dagoen Emaus gizarte-fundazioak barne hartzen duen Bitartean egitasmoko 6 paziente (gizonezkoak) hautatu genituen; guztiek alkoholarekin lotutako arazoak zituztenak. Lehenik eta behin, paziente bakoitzaren kognizio eta antsietate/depresio maila neurtu genuen “Kaufmanen adimen azterketa” eta “Helduen psikopatologia ebaluazio orokorra” izeneko probak gauzatu, hurrenez hurren. Horrez gain, paziente bakoitzaren koordinazioa eta oreka maila ere neurtu genituen. Parametro hauen datuak lortu ostean, pazienteak, Snoezelen deritzon zentzumen anitzeko terapia jasotzen hasi ziren,astean birritan; 10 saio guztira. Saio bakoitzean, hobetu beharreko parametroak landu ziren: adimena, koordinazioa, oreka eta erlaxamendua, hain zuzen ere. Snoezelen terapia saioak amaitu eta astebetera kognizio, antsietate/depresio, koordinazio eta oreka datuak berriro neurtu genituen, hasierako proba berdinak zertuz.

4. Emaitzak

Snoezelen terapiak aztertutako parametro bakoitzaren hobekuntza eragin zuen. Hala kognizio nola antsietate maila. Bai koordinazioa, baita oreka ere.

5. Ondorioak

Efektu onuragarri hauek guztiek aukera berriak ireki ditzakete osasungintzan, non Snoezelen terapia mediku espezialistek alkoholismoa sendatzeko agindutako tratamendu farmakologikoen laguntzaile bezala aplika daitekeen; paziente bakoitzaren bizi-kalitatea hobetzeko, eta, ondorioz, pertsona hauen bizi-itxaropena luzatzeko.

6. Bibliografia

1. Lopez JJ, Bolívar JC, Perez MS. Assessment tool for reactions and behaviours of patients with dementia in a multisensory stimulation environment. *Dementia (London)*. 2016; 15(4): 526-538.
2. Collier L, Jakob A. The Multisensory Environment (MSE) in Dementia Care: Examining Its Role and Quality From a User Perspective. 2017; 10(5): 39-51.
3. Kaplan H, Clopton M, Kaplan M, Messbauer L, McPherson K. Snoezelen multi-sensory environments: task engagement and generalization. 2006; 27(4): 443-455
4. Maseda A, Sánchez A, Marante MP, González-Abraldes I, de Labra C, Millán-Calenti JC. Multisensory stimulation on mood, behavior, and biomedical parameters in people with dementia: is it more effective than conventional one-to-one stimulation?. *Am. J. Alzheimers Dis. Other Demen.* 2014; 29(7): 637-647.
5. Poza J, Gómez C, Gutiérrez MT, Mendoza N, Hornero R. Effects of a multi-sensory environment on brain-injured patients: assessment of spectral patterns. *Med. Eng. Phys.* 2013; 35(3): 365-375.

5.4. Laneko joan-etorrien ondoriozko laneko lesioak murrizteko tresnak

Jaione Fernández Landa, Gonzalo Arroyo Díaz, Marta Valencia Asso
eta Alberto Sainz de la Maza Orio

Mutualia
jirizar@mutualia.eus

1. Sarrera

Mutualiak, Gizarte Segurantzarekin lankidetzan duen 2. Mutuak, laneko mugikortasunean ekintza eta praktika onak garatu eta hedatzea sustatzen du 2010az geroztik, honako hau antzeman baitzen:

- Lehenengo Bonuskanpaina abian jarri ondoren, mugikortasuna kudeatzeko tresnen gero eta behar handiagoa zutela enpresek.
- Enpresetako istripuen datuak aztertu ziren: egiaztatu zen laneko istripurik larrienen % 30 (larriak, oso larriak eta hildakodunak) joan-etorrien ondoriozkoak zirela.

Horren ondorioz, joan-etorriek (in-itinere eta misiokoak) eragindako laneko lesioak murrizteko tresnak garatzeko proiektua jarri zen abian.

Grafikoa: mugikortasunarekin zerikusia duten laneko istripuen larritasuna guztizkoarekin alderatuz gero %

Joan-etorri gabeko larritasunik handieneko LI

Joan-etorrien ondoriozko larritasunik handieneko LI

2. Helburuak

Joan-etorrien ondoriozko laneko istripuen arriskua eta horien larritasuna murrizteko tresnak eta ekintzak hedatzea, Mutualiari atxikitako enpresa-taldean.

3. Metodoak

Mutualiak garatutako ekintzak eta tresnak hedatzeko, kontzientziatzeko eta aholkatzeko sistematika, 2010-2018 aldian hautemandako **BEHARREI** erantzunez. Joan-etorrien ondoriozko arriskuei buruz enpresek duten kudeatzeko metodologian eta pertzepzioan eragin nahi da.

BEHARRAK

Aholkularitza

Zereginbehardenetanola egin behar den ez dakitela ikusida.

Ekintzak:

- Aholkularitza pertsonalizatua.
- Ikustaldiak, hala eskatzen duten enpresetara.

Posterrak

Kudeaketarako tresnak

Edozein enpresa motatan erraz ezar daitezkeen eredu beharrak identifikatu.

Ekintzak:

- Mugikortasun-planaren eredu.
- Joan-etorrien egoera diagnostikatzeko eredu.
- Langileentzako inkesta tipo eredu.
- Ezarri beharreko balizkoneurrien zerrenda egin.

Eredu guztiak hemen daude: www.mutualia.eus

Kontzientziazioa

Zerikusia duten eragile guztiak arriskuaren kontzientziazio handiagoa hartzeko beharra dagoela ikusi da.

Ekintzak:

- Gidatzeko simulagailua.
- Oporretakokanpainak.

Informatzeko etahedatzeko tresnak

Tresna horien beharra egiaztatu da.

Ekintzak:

- Campus birtuala: mugikortasunari buruzko berriak edukiak oinarritzko ikastaroan eta bideko segurtasunari buruzko jarduerak dibulgatzaileak.
- Jardunaldi dibulgatzaileak.
- Gidatzeko buruzkotrebakuntza-fitxa.
- Ikus-entzunezko materiala: sentsibilizazio-kanpaina astero, bideoen bidez.

4. Emaitzak

Emaitzak ebaluatzeko, proiektuaren hasieran eman diren bi adierazleak neurtu dira.

5. Ondorioak

Adierazle batzuk hobetu egin diren arren, oro har laneko mugikortasunaren arloan berrikuntza, dibulgazio eta kontzientziazio lanak egiteko beharra dagoela ikusten da, eta kolektibo bazkideentzat Mutuialiako prebentzio aholkularitzatik garatzen dira

zeregin horiek.

Azpimarratu beharra dago joan-etorrien ondoriozko arriskuaren izaeratik ezinbestekoa dela ikuspegi anitzeko programak eta jarduerak garatzea gizartean eta lan munduan eragina izan dezaketen erakunde eta talde guztiak.

5.5. Gulloren Sindromea. Zer da? Kasu kliniko pare baten aurkezpena

Beñat de Alba Iriarte¹, Noelia Lopez Barba¹, Maria Elena Redin Sarasola¹
eta David Monzon Casado²

¹Donostia Unibertsitate Ospitalea. Analisi Klinikoen Zerbitzua.

²Donostia Unibertsitate Ospitalea. Immunologia Zerbitzua.

baiargitxo@gmail.com

1. Sarrera

Gulloren Sindromea pankreako hiperentzinemia onbera da, Lucio Gullo doktoreak deskribatutako entitate berri eta arraroa. Orain arte 150 kasu soilik argitaratu dira mundu mailan.

Pertsona osasuntsu batean denboran zehar mantentzen den hiperentzinemia da. Amilasa eta lipasa entzimen emaitzen gorabehera handia eta behin-behineko normalizazioa eragiten ditu ordu gutxian. Aurrekaririk gabe eta modu esporadikoan gerta daiteke. Ez dago pankreako gaixotasunik.

Ez da eritasuna, asaldura onbera baizik, baina diagnostiko zuzena egitea garrantzitsua da ikerketa, terapia, ingresu eta osasun egoeragatikoko kezka antzuak saihesteko.

2. Helburuak

Komunikazio honen interesa aurkeztutako entitatearen berritasunean eta bitxitasunean datza. Hauek dira Euskal Herrian diagnostikatu diren asaldura honen lehen bi kasuak, baina gehiago direla uste dugu. Horregatik, Laborategitik Gulloren Sindromearen berri emanez paziente zein osasun-langileak ohartarazi nahi ditugu, gaitz honendiagnostiko goiztiar eta zuzenak alferrekoantsietate eta azterketa medikoak ekidin baititzake, eta osasunaren prebentzioan lagundu.

3. Metodoak

Bi pazienteren diagnostikoa eta jarraipena egin genituen Laborategian.

4. Emaitzak

Lehen kasua 38 urteko gizonezkoa zen. Osasun zentroan ateratako odol-analisiaren emaitzetan amilasa eta lipasa altuak azaldu ziren, 221U/L [10-125] eta 178,9U/L [13-60] hurrenez hurren, ondorioz pankreatitis akutua susmatu zuten. Larrialdietan egindako azterketa fisikoa eta irudiak normalak izan ziren ordea, ez zeukan sintomarik eta, harrigarriki, pankreako entzimak normalizatu egin ziren. Bi aste geroago berrikusi zuten. Odol-analisan, aldatutako parametroak amilasa (313U/L) eta lipasa (344,8U/L) izan ziren bakarrik, baina handik 8 ordura egindako odol-analisko emaitzak normalak izan ziren berriz: amilasa 127U/L eta lipasa 48U/L. (1.Irudia)

Bigarren kasua 62 urteko emakumezkoa zen. Hamar urtean zehar medikuak odol-analisi bidezko jarraipena egin zion pankreako entzimak arrazoi zehatzik gabe aldatuta izaten dituelako, nahiz eta noizean behin emaitza normalak izan eta inoiz sintomarik ez izan. Medikuak, zalantzarik ez, ez zuten emaitza aldakor horien zergatia azaltzen jakin. (2.Irudia)

5. Ondorioak

Posterrak

Bibliografia sakon aztertuta bi kasuotakoa Gulloren Sindromea deritzona zela ondorioztatu genuen Laborategian. Garrantzitsuena zera da: asaldura onbera izanik, garaiz identifikatuz gero, behargabeko azterketa, tratamendu eta osasun egoeragatiko antsietatea ekidin daitezke.

6. Bibliografia

1. Gullo L (1996) Chronic nonpathological hyperamylasemia of pancreatic origin. *Gastroenterology* 110:1905-08.
2. Gullo L (2000) Familial pancreatic hyperenzymemia. *Pancreas* 20:158-60.
3. Gullo L, Cavicchi L, Tomassetti P, Spagnolo C, Freyrie A, et al. (1996) Effects of ischemia on the human pancreas. *Gastroenterology* 111:1033-38.
4. Berk JE, Kizu H, Wilding P, Searcy RL (1967) Macroamylasemia: a newly recognized cause for elevated serum amylase activity. *N Engl J Med* 277:941-46.
5. Warshaw AL, Lee KH (1978) Macroamylasemia and other chronic nonspecific hyperamylasemias: chemical oddities or clinical entities? *Am J Surg* 135:488-93.
6. Gullo L, Lucrezio L, Migliori M, Bassi M, Nesticò V, et al. (2008) Benign pancreatic hyperenzymemia or Gullo's syndrome. *Adv Med Sci* 53:1-5.
7. Gullo L (2007) Benign pancreatic hyperenzymemia. *Digestive and Liver Disease* 39:698-702.
8. Gullo L, Migliori M (2007) Benign pancreatic hyperenzymemia in children. *Eur J Pediatr* 166:125-29.
9. Gullo L, Ventrucci M, Barakat B, Migliori M, Tomassetti P, et al. (2003) Effect of secretin on serum pancreatic enzymes and on the Wirsung duct in chronic nonpathological pancreatic hyperenzymemia. *Pancreatology* 3:191-94.
10. Yang B, Wu W, Su C, Wu J, Yeh C, et al. (2015) Healthy Chinese with benign pancreatic hyperenzymemia. *J Chin Med Assoc* 78:623-26.

5.6. Hook efektua: immunosaiakuntzen eragozpena, emaitzen zuzenketa eta osasun-prebentzioa

Beñat de Alba Iriarte, Noelia Lopez Barba, Edurne Bereciartua Urbietta
eta Adolfo Garrido Chercoles

Donostia Unibertsitate Ospitalea. Analisi Klinikoen Zerbitzua.

baiargitxo@gmail.com

1. Sarrera

Hook efektua Laborategiko immunosaiakuntzen eragozpen bat da. Odol-lagina analizatzean kontzentrazio oso altuan dagoen analitoaren emaitza gutxiesten du balio baxuak neurtuz.

Antigenoaren kontzentrazio altuak antigorputzaren saturazioa eragiten du, eta horren ondorioz, antigeno-antigorputz erreakzioaren prezipitazioa murrizten da. Horrek teknikaren neurtze seinaleak gutxitzen ditu eta emaitza faltsuki baxuak eragiten. (1.Irudia)

Osatutako prezipitatu kopurua serum laginean dagoen antigeno kontzentrazioarekiko alderantziz proportzionala denez, aztertzen den laginaren neurketa ez da zuzena izaten eta emaitza akasun baxuak eman daitezke.

Fenomeno hau 1992.an deskribatu zen lehen aldiz. Prolaktina, ferritina, giza gonadotropina korionikoa (hCG) eta antzeko analitoak neurtuta, kasu batzuetan kontzentrazioak oso altuak dira eta ez da erraza izaten antzematea. Analito baten segidan neurtutako balioen artean ez dagokion emaitza susmagarri bat antzematean detektatzen da.

2. Helburuak

Komunikazio honen interesa immunosaiakuntzetan gerta daitekeen efektu honen berri ematean datza. Berau detektatzea garrantzitsua da, odol-analisen emaitza zuzentzeko eta osasun-diagnostiko eta tratamendu okerrak prebenitzeko.

3. Metodoak

Paziente baten ferritina balioen jarraipena egin genuen Laborategian.

4. Emaitzak

Gaixoa sindrome hemofagozitikoa zuen 71 urteko emakumezkoa zen. Ospitalean hainbat odol-analisi egin zitzaizkion eritasunaren bilakaera aztertzeko.

Gaixotasunaren diagnostiko analitikoaren ezaugarriak hauek dira: hiponatremia; gibelesko alterazioaren zeinuak (fosfatasa alkalinoa eta transaminasak); triglizerido, laktato deshidrogenasa, ferritina eta C proteina erreaktibo altuak; pantzitopenia; eta koagulazio intrabaskular diseminatua (D dimero altua).

Pazientearen biokimika, hemograma eta koagulazio laginen emaitzak sindrome hemofagozitikoaren datuekin bat zetozen, baina emaitzak zehatz-mehatz aztertuta 5.eguneko ferritina balioaren

Posterrak

jaitsierak arreta eman zigun (288080µg/L izatetik 836µg/L izatera). Ia ezinezkoa da ferritina balioen jaitsiera horren nabarmena izatea hain denbora gutxian; horregatik, 5. eguneko lagina berriz aztertu genuen, baina antzeko balioa lortu genuen (878,4µg/L). (2. Irudia)

Emitza horren egiakotasuna zalantzan jarrita, laginarendiluzio serializatua egin genuen, immunosaiakuntzaren bitartez azter zitekeen antigeno kontzentrazio neurgarria lortu arte. Lagineko ferritinaren emitza erreala 546320µg/L izan zen, eta ondorioz, Hook efektua gertatu zela frogatu genuen.

5. Ondorioak

Immunosaiakuntzen eragozpen hau susmatzen den bakoitzean laginaren diluzio serializatuak egin behar dira lagin-analizagailuak arazorik gabe neurtuko duen antigeno kontzentrazioa erdiesteko. Horrela, eraturako diluzioa aztertzean, fenomeno hau berriz agertzea saihestez gain, emitza erreala lortzen da. Aurrez zegoen emitza zuzendu behar da eta, hutsegitea garaiz detektatu ez bada, gertatutakoaren berri eman behar zaie pazientearekin lotura duten osasun-langileei. Horrek osasun erabaki okerrak hartzea eragotz dezake, baita okerreko diagnostiko eta tratamenduak prebenitu ere.

5.7. Metanol intoxikazioa: diagnostiko kliniko eta analitikoaren eta tratamendu azkarren beharra

Beñat de Alba Iriarte, Noelia Lopez Barba, Eva Lorea Gil Rodriguez
eta Maria Asuncion Vives Almandoz

Donostia Unibertsitate Ospitalea. Análisi Klinikoen Zerbitzua.

baiargitxo@gmail.com

1. Sarrera

Metanola substantzia toxikoa da. Giza gorputzean kalteak eragin ditzake larruazaleko kontaktuaren edo ingestioaren (askoz larriagoa) bidez. Metabolizatzean bi konposatu kaltegarri osatzen dira, formaldehidoa eta azido formikoa, toxizitatearen erantzuleak.

Metanol intoxikazio kasuak bakanak diren arren, morbiditate eta hilkortasun-tasa (%25-50) oso handiak ditu, eta kasu gehienak alkoholiko konpulsiboek dagozkie. Askotan etanol intoxikazioarekin nahas daiteke, ez baitu sintomalogia espezifikorik. Sintomak ingestio osteko 12 eta 24 orduen artean agertzen dira: sabeleko mina, goragalea, gorakoa, zorabioa, ikusmen lausoa, ahulezia...

Ezaugarri kliniko bereizgarriena midriasi arreaktibo bilateral da, pronostiko txarra du, eta heriotzaren arrazoi nagusia arnasketa akatsa da. Analisisian azidosi metaboliko nabarmena, anionGAP eta osmolGAP altuak eta metanol emaitza altua ageri ohi dira.

2. Helburuak

Komunikazio honen interesa metanol bidezko intoxikazioaren larritasunean datza. Urtean bizpahiru kasu izaten ditugu ospitalean eta gehienetan hil egiten dira.

Osasunaren prebentzioan funtsezkoa da goizdiagnostikatzeara tratamendua azkar ezartzea, ondorio neurologiko eta bisualak eta heriotza ekiditeko. Sarritan ez da izatensusmatzen erraza, baina aurkezpen honetan azaldutako datuekin bere diagnostikoa garaiz egiten laguntzea espero dugu, tratamendu zuzena berehala hasteko.

3. Metodoak

Datu kliniko eta analitikoaren berrikuspenbibliografikoa.

4. Emaitzak

Intoxikatuak edale sutuak eta alkoholik ezean edozer edateko gauza izan ohi dira. Mozkorraldiaren moduko sintoma orokorrak jasateaz gain midriasi arreaktibo bilateral eta azidosi metaboliko larria izaten dituzte ezaugarri.

Metanolaren neurketa egin ezin denean, diagnostikoaren hurbilketa anionGAP eta osmolGAP kalkulatu egiten da.

AnionGAP = $([Na^+] - ([Cl^-] + [HCO_3^-]))$. Erreferentzia-balioa: 8-16 mEq/L edo mmol/L

Posterrak

AnionGAP altuak azidosia baieztatzen du.

OsmolGAP = OsmolalitateNeurtua - OsmolalitateKalkulatua. Erreferentzia-balioa:<10mOsm/kg

OsmolalitateNeurtua: substantzia osmotikoki aktiboak (alkohola eta metabolitoak) ditu barne.

OsmolalitateKalkulatua: $2x[Na+] + 2x[K+] + [Urea]/6 + [glukosa]/18$

OsmolGAP altuak metabolitoen presentzia adierazten du.

Metanolaren emaitza gas-kromatografia bidez konfirmatzen da EDTA odol-laginean. Emaitza positiboa izan ohi da ingestiotik 48 ordura arte hartutako laginetan, baina negatiboa izan daiteke handik aurrera eskuratutakoetan.

Intoxikazio larria:>0,2g/L

Intoxikazio hilgarria:>1g/L

5. Ondorioak

Susmo kliniko eta analitikoan soilik oinarrituta jarri daiteke presazko tratamendua, metanolaren emaitza jakin gabe. Euskarri-neurriez eta dialisiaz gain, antidotoa (fomepizola edo etanola) behar da metanolaren metabolito toxikoetarako eraldatzea inhibitzeko.

6. Bibliografia

1. Kruse JA. Methanol poisoning. Intensive Care Med 1992;18:391-7.
2. Nolla-Salas J, Nogué S, Marruecos L, Palomar M, Martínez J. Intoxicación por metanol y etilenglicol. Estudio de 18 observaciones. Med Clin (Barc) 1995;104:121-5.
3. Glaser DS. Utility of the serum osmol gap in the diagnosis of methanol or ethylene glycol ingestion. Ann Emerg Med 1996;27:343-6.
4. Brent J, McMartin K, Phillips S, Aaron C, Kulñig K. Fomepizole for the treatment of methanol poisoning. N Engl J Med 2001;344:424-9.
5. Mégarbane B, Borron SW, Trout H, Hantson P, Jaeger A, Krencker E, et al. Treatment of acute methanol poisoning with fomepizole. Intensive Care Med 2001;27:1370-8.
6. Tejada A, Fernández B, González JL, Campos E, Oliván G, Muñoz J. Intoxicación grave por metanol, dos consideraciones. Med Intensiva 1992;16:553-4.
7. Jacobsen D, McMartin KE. Methanol and ethylene glycol poisonings. Mechanism of toxicity, clinical course, diagnosis and treatment. Med Toxicol 1986;1:309-34.
8. Pérez Quintero A, Nogué S, To J, Arrizabalaga P, Montoliu J. Intoxicación por metanol. Valoración de la eficacia terapéutica del etanol y de la diálisis con etanol. Med Intensiva 1983;7:115-8.
9. McMartin KE, Makar AB, Martin-Amat G, Palese M, Tephly TR. Methanol poisoning. I. The role of formic acid in the development of metabolic acidosis in the monkey and the reversal by 4-Methylpyrazole. Biochem Med 1975;13:319-33.
10. Roca R, Boveda J, Angles R, Drobnic ME, De Latorre F, Llopart L. Intoxicación grave por metanol. Med Intensiva 1990;14:31-3

5.8. Elkarrekin hazten

Uxue Seminario Fonseca¹, Amaia Lucambio Larrechea¹, Itsaso Sexmilo Ayarra², Maria Regina García Hernandez³, Nora Torregrosa Benedé³ eta Maite Ayarra Elia¹

¹*Uharte O.E.*

²*Hernani O.E.*

³*Uharteko Udaletxea*

Uxue_semi@hotmail.com

1. Sarrera

Adingabeen arrisku egoera aztertzearen beharretik abiatuta, haurren zainketan parte hartzen duten zerbitzu PROFESIONALEN SAREAREN eraketa ezinbestekoa dela ondoriozta daiteke.

Adingabeen babesean paper garrantzitsua duten zerbitzu komunitario guztien lan koordinatua da.

Uharten, sarean parte hartzen duten kideak ondorengoak dira:

- Osasun etxeko pediatrak eta gizarte langilea
- Gizarte zerbitzu sozialaren baitan, haurtzaroa eta familia uztartzen dituen programa: gizarte langileak eta gizarte laguntzaileak osatua
- “Virgen Blanca” ikastola publikoko zuzendaria, orientatzailea eta irakasle klaustroa
- “Haurtxoa” haurtzaindegiko zuzendaria eta hezitzaileak
- Aguazilen zerbitzua
- Herriko beste hainbat zerbitzu, entitate eta instituzio

2. Helburuak

- Nafarroako Babes Sistemaren esparruan arriskuan dauden haurren eta nerabeen lehen detekzioa eta arreta bermatzea
- Haurtzaroko eta nerabezaroko gaien harira, udalerrietako ekintzen ikuspegi koordinatu eta integrala ziurtatzea
- Haurtzaroan tratamendu ona sustatzea, prebentzioaren eta formakuntzaren bitartez

3. Metodoak

Sarearen ekintzak 3 motatakoak dira:

- Batzarrak: inguruko haurtzaroan eta familian inplikaturako profesional guztiek parte hartzen dute, alderdi sozio-komunitarioak partekatzeko.
- Lantaldea: formazioak eta batzarrak antolatzeaz eta gerta daitezkeen berriak transmititzeaz arduratzen da.

Posterrak

- Kasu taldea: Adingabe zehatz batekin (edo familia unitate batekin) esku hartzen duten profesionalak baino ez dute parte hartzen. Ezarritako gidoian zereginak banatu eta helburuak markatzen dira.

4. Emaizak

Kasu kopurua: 2005etik 2018ra, 269 familiarekin lan egin da. Orokorrean, 2-4 urte bitarteko haurrekin eta haien familiarekin lan egiten da. Nerabeen kasuan, pazientearekin, hari ardua gehiago emanez eta erabakiak hartzen erakutsiz.

Batzar kopurua: gutxienez hilabetean behin. Kasuen jarraipenari dagokionez, ez dago batzar kopuru mugaturik; kasu bakoitzerako beharrezkoak direnak.

Tailerrak eta biztanleriari zuzendutako dibulgazio ekintzak.

5. Ondorioak

Haurren zaintzaren konplexutasunak baliabide profesional desberdinen partehartzea eskatzen du. Honetarako, sareak erantzun globalagoak eta zabalagoak eskaintzen ditu, eta koordinazio alderdiak errazten:

- "Kide bakoitzak bere ikuspegia ekartzen du" arazoak konpontzeko.
- Prebentzioan, profesionalen ikaskuntzarekin eta sarean landutako gaiak populaziora hedatuz.

Sareak lagundu dituen familia kopuru handi honek, eragin sozial handia du.

6. Bibliografia

1. Del Valle S.,(2002) . Trabajo social e interdisciplina: la cuestión de los equipos de salud. Margen, 27. <http://www.margen.org/suscri/margen27/jorna.html>
2. Rodriguez, M^a. D. (2015) Redes profesionales e interdisciplinariedad en trabajo social comunitario: una respuesta integral a problemas sociales multidimensionales <http://dx.doi.org/10.5569/1134-7147.58.04>
3. El trabajo en red. Reflexiones desde una experiencia. Diciembre 2009. Raúl Castillo Trigo. <http://www.zerbitzuan.net/documentos/zerbitzuan/El%20trabajo%20en%20red.pdf>

5.9. Bazterketa dietak haurtzaroan. Osasungarriak? Elikadura-osagarrien menpekoak?

Maite Goicoechea Irigaray¹, Irene Vadillo Álvarez¹, Anabel Escolano Burgos¹, Ainhoa Gondra Sangroniz¹ eta Emilio Jesús Aparicio Guerra²

¹Basurtoko ospitale unibertsitarioa

²Bombero Etxaniz anbulategia

maite.goicoecheairigaray@osakidetza.eus

1. Sarrera

Azken urteotan gure gizartean dieta ezberdinen gorakada izan den arren (barazkijalea, beganoa, etab.), osasun arloko langileen artean gai honi buruzko ezjakintasuna nabaria da. Zer ondorio izan dezakete gure pazienteen osasunean? Zer gomendatu behar diegu gure umeei?

2. Helburuak

12 urteko nerabea, altuera baxuko familia aurrekariekin. Dieta obolakteobegetarianoa jarraitzeko erabakia hartu du eta bere pediatrarengana jo du aholku bila.

3. Metodoak

Azken 5 urteetako literaturaren azterketa sistematikoa egin da, PubMed-en, The Cochrane Library-n, Uptodate-n, Espainako Pediatria Elkartearen eta Lehen Mailako Arreta Pediatrikoko Elkartearen. Gure informazio iturrietatik 5 berrikuspen landu ditugu.

4. Emaitzak

Dieta begetarianoak (obolakteobegetarianoak zein beganoak), paziente pediatrikoetan, orojalea bezain onuragarriak izan daitezkeela deritzote metaanaliseiek, garapena eta hazkuntza oztopatu barik, elikadura anitza eta proteina ezberdinen konbinazio egokia egiten den heinean. Gainera, obesitatearen, gaixotasun koronarioen, bigarren motako diabetesaren eta hipertentsioaren intzidentzia murrizten du, baita LDL-kolesterola, gluzemia, tentsio arteriala eta gorputz-masa indizearen zifrak ere. Hala ere, elikadura hau jarraitzen duten umeetan, B12 eta D bitamina, zink, aminoazido eta gantz-azido esentzial batzuen gabezia egon daitekeenez, hauetan aberatsak diren jakiak jatea ezinbestekoa da (esnea, arrautzak eta zerealak...); bestela, elikagai-osagarriak beharrezkoak dira. Literaturan, lekale eta zereal proteinak batera jatea gomendatzen da, horrela proteina ezberdinen kalitatea hobetzen delako, haragi proteinen kalitatera hurbilduz. Barazkijaleetan, proteina-sarrera orojaleetan baino handiagoa izan behar da, beraien elikadura zuntzan aberatsa denez proteinen xurgapena murriztuta dagoelako. Dieta beganoa jarraitzen duten familiek eta euren umeek, aholku gehiago behar dutenez, erreferentziako medikuaz gain nutrizionista batek jarraipena egitea komenigarria da. Bazterketa dietak jarraitu nahi dituzten umeetan elikadura ohiturak aztertzea derrigorrezkoa da, ezkutaturako elikadura asalduraren bat ez dagoela egiaztatzeko. Eta bularreko umeen kasuan, nutrizio egoera egokia bermatzeko, amek jarraitzen duten elikadura ezagutu behar da.

Posterrak

5. Ondorioak

Gure ikerketaren ostean, gure gizartean dieta hauek gero eta hedatuagoak direla esan daiteke; horrenbestez, osasun arloko langileek gai honi buruzko ezagutza izatea gomendagarria da, pazienteei aholku eta jarraipen egokia emateko.

5.10. Osasuna El Pilar auzoan ibiltzen da

Maria Isabel Sarriegui Karrera eta Ana Isabel Perez Aguiar

La Habana Osasun Zentroa

mariaisabelsarrieguicarrera@gmail.com

1. Sarrera

Gasteizko Udalaren datuen arabera, El Pilar auzoko populazioaren % 38k 65urtetik gora daukate.

Bakardadea, indibidualismoa, gizarte-bazterketa, sedentarismoa... adineko pertsonen kalte egiten dioten egoerak dira, gizarte-sare egokirik ez dutelako.

Egoera horiei aurre egiteko, EL Pilar auzoko osasun eta gizarte zerbitzuek egoera horretatik atera eta auzoan duten presentzia berreskuratzeko programa bat garatu dugu.

2. Helburuak

Helburuak bi dira

Batetik, auzoko zerbitzuetarajoaten ez diren adineko pertsonak identifikatzea, eta zehazki, haien bizikaltatea hobetzen lagun dezaketenetara.

Bestetik, bizimodu osasungarria jorratzea, garapen pertsonal, sozial eta erlazionalaren bidez eta hautemandako behar zehatzei erantzuna emanez.

3. Metodoak

"Osasuna El Pilar auzoan ibiltzen da" programa komunitarioak auzoko eragileen lan koordinatu eta bateratua eskatzen du, besteak beste : La Habana Osasun Zentroa, El Pilar Gizarte Etxea, Adinekoen Zentro Soziokulturala, Francisco De Vitoria Institutua...

Bada, programa honetan, astean behinbertaratuko dira auzoko elkarte eta txoko desberdinetara, arratsalde, 7 astez,. Programak diptiko bat du, eta lehen eguneko tailerlean parte hartzen dutenei ematen zaie. Bertan, astero erronka bat ezartzen da tailerlean landutako gaiarekin lotuta.

Hauguztia begirale batek dinamizatzen du, saioak egiten direnlekuetara joaten lagunduz eta harremanak ezartzeko lehenengo pausoak emanez.

4. Emaitzak

Parte-hartzaileek, aldi berean, antzeko premiak dituzten adineko beste pertsona batzuk erakarri dituzte: ehuntzeko biltzen diren emakumeak, adinekoen zentroetako topaketak, osasun-parkeak... beste programak ezarriz.

Posterrak

5. Ondorioak

Gure erabiltzaile batzuen egoera sozio-sanitaria hobetzeaz gain, bertan parte hartu dugun osasun zentroko langileoi, auzoko beste baliabide batzuekin loturak ezartzeko eta indartzeko balio izan digu programak.

5.11. Berdin artatzen al ditugu pazienteak emakumezkoak ala gizonezko izan?

Sara Prego Jimenez

Donostiako Ospitalea

sariprego22@gmail.com

1. Sarrera

Hainbat ikerketak adierazten dutenaren arabera, osasun profesionalok paziente bat ezberdinartatu dezakegu emakumezkoa ala gizonezkoa denean. Genero-isuri psikologiko honekeguneroko zainketetan eragin dezake, morbi-mortalitatean eraginez. Izan ere, Osasunaren Mundu Erakundeak (2016) emakumezkoetan desabantailak nabariak direla adierazi zuen.

Hamberg-en (2008) arabera, osasun-sistemaren genero-isuria saihestuko litzateke profesionalen prestakuntzan eta hezkuntzan esku-hartuz.

2. Helburuak

Lan honen helburua genero-isuriari esfortzu terapeutikoan izan dezakeen eragina aztertzea da, baita osasun-profesionalen zein ikasleen praktika klinikoan eta curriculum akademikoan murrizteko esku-hartze esparru espezifikoak biltzea ere.

3. Metodoak

Literaturaren berrikuspen bibliografiko narratiboa egin da Medline eta Dialnet datu baseetan.

4. Emaitzak

Osasungintza eredu androzentrikoan oinarritzen dela ondorioztatuta, eta horrek zuzenean eragiten dio osasun profesionalen formakuntzari, sexu- eta genero-ezberdintasunetikiko hautemateazailduz eta emakumeen zainketen eraginkortasun maila gutxiagotuz, adibidez. Honen ondorioz, prebentzioan eta tratamenduan ezberdintasunak egondaitezke eta osasun-emaiza-okerragoak, konplikazio gehiago, morbiltate handiagoa eta hilkortasun-ratio handiagoa izan daitezke. EAEn adibidez, miokardioko infartu akutua jasaten duten emakumezkoek tratamendu egokia jasotzeko aukera gutxiago dute.

5. Ondorioak

Genero-isuria murrizteko, sexuen arteko ezberdintasun biologikoak errespetatzen dituzten gida kliniko estandarizatuak erabiltzea, osasungoan genero-kontzientzia sustatzea eta genero-ikuspegia osasun-ikasketetan jorratzea gomendatzen da. Baliabide hauen lanketaren ondorioz, osasun sistemaren erabiltzaileen artaketa hobetzea espero da.

6. Bibliografia

1. Hamberg K. Gender bias in medicine. *Women's Heal.* 2008; 4(3):237–243.
2. doi:10.2217/17455057.4.3.237
3. World Health Organization. *Women's health and well-being in Europe: beyond the mortality advantage.* Danimarka: WHO Regional Office for Europe; 2016. Eskuragarri:
4. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/318147/EWHR16_interactive2.pdf

5.12. Gainpisua eta obesitatea duten haurren gorputz irudiaren pertzepzioa aztertzen

Oihane Agote Uria, Idoia Iturbe Telleria, Edurne Maiz Aldalur, Eva Pereda Pereda

Euskal Herriko Unibertsitatea (UPV/EHU). Psikologia Fakultatea. Biodonostia Osasun Ikerketa Institutua; Osasun Mentala eta Arreta Psikiatrikoa.

eva.pereda@ehu.eus

1. Sarrera

Haur-obesitatea XXI. mendeko osasun-arazorik larrienetako bat da, eta, epe motzera dituen ondorioez gain, gainpisua eta obesitatea duten haurrek helduaroan obesitatea izaten jarraitzeko aukera handiagoa dute. Era berean, gorputz-irudia obesitatearekin lotutako faktorea da, eta gorputz-irudiaren pertzepzio desegokia oztopo izan daiteke haur horiek beren egoeraren kontzientzia hartzeko. Aldiz, gorputz-irudiaren hautemate egokia haur-obesitatea prebenitzeko lagungarri suerta daiteke.

2. Helburuak

Gainpisua eta obesitatea duten haurren gorputz-irudiaren pertzepzioa eta horrekin lotutako faktoreen errebisio sistematiko bat burutzea.

3. Metodoak

MEDLINE, Scopus, Web of Science eta PsycINFO datu-baseetan bilaketa gauzatu zen. Haurren Gorputz Masaren Indizea (GMI) sailkatzeko ebaketa-puntu desberdinen erabilera hartu zen kontuan, besteak beste IOTF edo OMEk proposatutakoak. Haurren gorputz-irudiaren pertzepzioaren kasuan, bai ikusmeneko bai ahozko metodoak onartu ziren. PRISMA prozeduran oinarrituta, 12 artikulua berrikusi ziren.

4. Emaitzak

Gainpisua eta obesitatea zuten ume askok beren gorputz-tamaina gutxietsi zuten, beren gorputza zena baino argalagoa hautemanen. Halaber, gehienek gorputz atsekabetasuna adierazi zuten. Gainpisuaz zein obesitateaz jabe ziren haurren artean maila handiagoan ematen zen gorputz atsekabetasuna. Horrez gain, umeen adina handitu ahala, hautematea egokiagoa zen.

5. Ondorioak

Prebentzioari begira, haurren obesitatea ikuspegi biopsikosozial batetik jorratu behar dela uste da, ez baitaude soilik aldagai fisikoak jokoan. Zentzu horretan, gorputz-irudiaren pertzepzio egokiak sustatu behar dira haurren, fokua gorputz-pisutik kenduz. Horrela, bai obesitatea bai gorputz atsekabetasuna edota elikadura-portaeraren nahasmenduakekindingo lirartekeela uste da. Horretarako, txikitatik elikadura nahiz ariketa fisiko ohitura osasuntsuak sustatu behar dira eskolan zein etxean, horiek baitira haurren testuinguru hurbilenak. Halaber, gizentasunaren estigma saihesteko, umeak gorputz-aniztasunean hezte garrantzitsua da, haurrek uler dezaten era guztietako gorputz osasuntsuak existitzen direla.

6. Bibliografia

1. Chung AE, Perrin EM, Skinner AC. Accuracy of child and adolescent weight perceptions and their relationships to dieting and exercise behaviors: A NHANES study. *Acad Pediatr.* 2013;13(4):371–8. <http://dx.doi.org/10.1016/j.acap.2013.04.011>
2. Cole TJ, Lobstein T. Extended international (IOTF) body mass index cut-offs for thinness, overweight and obesity. *Pediatr Obes.* 2012;7(4):284–94.
3. Costa L da C, Santos DA, Almeida S de S, de Vasconcelos F de A. Association between inaccurate estimation of body size and obesity in schoolchildren. *Trends Psychiatry Psychother.* 2015;37(4):220–6.
4. Leppers I, Tiemeier H, Swanson SA, Verhulst FC, Jaddoe VWV, Franco OH, et al. Agreement between weight status and perceived body size and the association with body size satisfaction in children. *Obesity.* 2017; (11):1956–64. <http://doi.wiley.com/10.1002/oby.21934>
5. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, Prisma Group. Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *Ann Intern Med.* 2009;151(4):264–9.
6. World Health Organization. Obesity and Overweight [Internet]. 2018 [Kontsulta: 2020-09-01]. Eskuragarri: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>

6. Posterrak irudietan

GIBA PREBENITZEKO XIRINGAK TRUKATZEKO PROGRAMA EUSKADIKO FARMAZIA KOMUNITARIOETAN

**Oñatibia Astibia, Ainhoa (1), Arana García, Xabier (2) Arrillaga Arrizabalaga, Arantxa (3),
Martínez García, María Luisa (4), Sanz Olmos, Sonia (2), Urionabarrenetxea Zarrabe, Urtzi (1,2)**

1. Gipuzkoako Sendagaigileen Elkarte; 2. Bizkaiko Farmazialarien Elkargo; 3. Hiesa eta Sexu Transmisioko Infekzioen Plana - Osakidetza 4. Arabako Farmazialarien Elkargo

SARRERA

Farmazia komunitarioa herritar guztien eskura dagoen baliabide bat da, farmazialaria duena, GIBak eragindako infekzioari buruz herritarrei aholkuak eta aholkuak emateko prestatutako profesional sanitarioa. Azken hamarkadetan, Euskal Autonomia Erkidegoko (EAE) farmazia komunitarioek GIBaren prebentzioarekin eta diagnostiko goiztiarrarekin lotutako hainbat programatan parte hartu dute, Osasun Sailarekin lankidetzan estuan. 1991tik martxan dagoen programa horietako bat xiringak trukatzeko programa (XTP) da. XTP ez da soilik xiringaren truke batean oinarritzen; izan ere, profesional sanitarioak heziketa eskaintzen die erabiltzaileei, administrazioari lotutako kalteen prebentzioari buruz.

HELBURUAK

Deskribatzea zer emaitza lortu dituen XTPk, eta, zehazki, nola parte hartu duen farmazia komunitarioak programa honetan.

MATERIALA ETA METODOA

Hiesaren eta sexu-transmisioko infekzioen planean jasotako datuen azterketa deskribatzailea egiten da. Jasotzen diren aldagaien artean xiringen urteko kontsumoa, lurraldearen, tokiaren eta modalitatearen arabeko banaketa, eta programaren urteetako bilakaera daude.

EMAITZAK

1991tik 10.758.036 kits-xiringa banatu ziren Euskadin. Urteko kontsumoaren batez bestekoa 370.967 kits-xiringakoa da, baina azken urteetan kontsumo hori nabarmen murriztu da, eta 2018an 125.593 kits-xiringak banatu ziren. 125.593 horietatik, % 71,7 (n = 90.054) farmazietan banatu ziren, % 28,1 (n = 35.233) gobernu kanpoko erakundeetan (GKE) bidez eta % 0,2 (n = 306) espetxeetan.

Farmazietan banatutako kit guztietatik, % 72 salmentan izan ziren, eta % 28 trukean.

Bizkaian banatu ziren kita eta xiringa gehien (% 52,0); ondoren, Gipuzkoan (% 40,8) eta Araban (% 7,2).

ONDORIOAK

GIBa eta horrekin lotutako beste gaixotasun batzuk prebenitzeko estrategia eraginkorra da XTP. Farmazia komunitarioa baliabide egokia da osasun publikoko estrategiak garatzeko, eta farmazialaria funtsezko profesionala da GIBaren prebentzioan.

BIBLIOGRAFIA: Menoyo C, Programa de intercambio de jeringuillas en las farmacias. Publicación Oficial de la Sociedad Española Interdisciplinaria de Sida. 1993;4(3):178-179.



FARMAZIA KOMUNITARIOA, GIB ETA SIFILISEN PREBENTZIOAN ETA DIAGNOSTIKO GOIZTIARREAN INPLIKATUTAKO OSASUN- BALIABIDE GISA

Oñatibia Astibia, Ainhoa (1), Arana García, Xabier (2) Arrillaga Arrizabalaga, Arantxa (3),
Martínez García, María Luisa (4), Sanz Olmos, Sonia (2), Urionabarrenetxea Zarrabe, Urtzi (1,2)

1. Gipuzkoako Sendagaigileen Elkarte; 2. Bizkaiko Farmazialarien Elkargo; 3. Hiesa eta Sexu Transmisioko Infekzioen Plana - Osakidetza 4. Arabako Farmazialarien Elkargo

SARRERA

Euskal Autonomia Erkidegoko (EAE) farmazia komunitarioek, farmazia-elkargoen eta Osasun Sailaren laguntzarekin batera, GIBaren prebentzioarekin eta diagnostiko goiztiarrekin lotutako hainbat programatan parte hartu dute. 2009an GIBaren test azkarra jarri zen abian GIBaren diagnostiko goiztiarra errazteko asmoz, test aurreko eta osteko aholkuekin eta zentro espezifikoetara bideratzearekin batera. Susmoa berresteko. 2011n, programa osatzeko asmoz, sifilis test azkarra egiten hasi zen, gizonekin sexua duten gizonei zuzendua.

HELBURUAK

Euskal Autonomia Erkidegoko farmazietan GIB eta sifiliaren test azkarreko programan lortutako emaitzak deskribatzea.

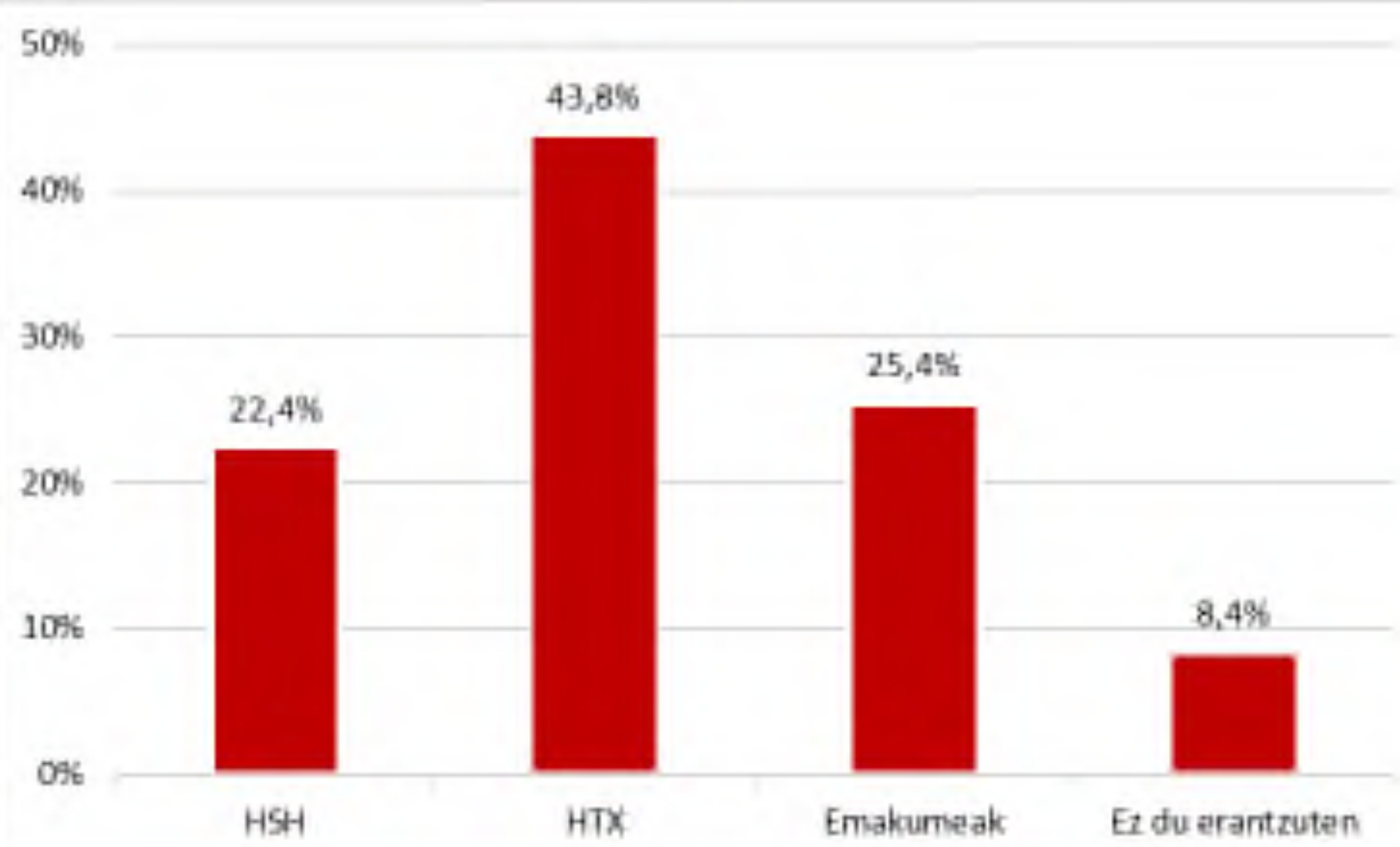
MATERIALA ETA METODOA

HIESAren eta sexu-transmisioko infekzioen planean jasotako datuen azterketa deskribatzailea egiten da.

EMAITZAK

2009ko martxotik 2019ko irailera bitartean, GIBaren 28.368 eta 2290 sifilisaren test azkar egin dira Euskadiko farmazietan. Farmazietara testa egitera joaten diren pertsonen % 22,4 gizonekin sexua duten gizonak dira (HSH), % 43,8 gizon heterosexualak (HTX) eta % 25,4 emakumeak (1. irudia). Botikan testa egiten duten pertsona gehienak emaitzaren azkartasunagatik (% 40,7) edo irisgarritasunagatik (% 36,1) egiten dute.

Aldi osoan emaitza positibo guztien prebalentzia % 0,9koa da GIBaren kasuan (n = 243) eta % 3,4koa sifiliaren kasuan. GIBaren emaitza positiboaren prebalentzia handiagoa dute HSH-ek populazio orokorrak baino (% 2,1 eta % 0,9, hurrenez hurren).



1. irudia: Farmaziara GIBaren testa egitera doazen pertsonen deskribapena. HSH: Gizonekin sexua duten gizonak; HTX: Heterosexualak.

ONDORIOAK

Farmazian egindako testen kopuruak eta lortutako emaitzek adierazten dute kolektibo horri zuzendutako kanpainekin jarraitu behar dela eta horrelako zerbitzuak mantendu behar direla..

BIBLIOGRAFIA: Gorostiza I, Elizondo Lopez de Landache I, Braceras L. Programa de cribado de VIH/Sida en las oficinas de farmacia en la Comunidad Autónoma del País Vasco. Gaceta Sanitaria. 2013;27(2):164-166.



I. Rico-Barrio^{1,2}, J. Rojas³, L. Lekunberri^{1,2}, M. Serrano^{1,2}, I. Buceta^{1,2}, N. Puente^{1,2}, I. Elezgarai^{1,2}, P. Grandes^{1,2}

1 Euskal Herriko Unibertsitatea, Medikuntza eta Erizaintza Fakultatea, Neurozientziak Saila.

2 EHU Zientzia Parkea, Achucarro Neurozientzia Ikerketa Zentroa.

3 International Snoezelen Association professional e, V- ISNA Erakundea, Terapia klinikoak-Errehabilitazio Saila.

SARRERA

Snoezelen, norbanako zentzumenen estimulazioan edo erlaxazioan oinarritzen den terapia ez-farmakologikoa da. Pertsonon bizi-kalitatea hobetzea du helburu nagusia. Ikusmen, entzumen, ukimen, dastamen, oreka, propiozepzio eta usaimen zentzumenak hainbat objekturen bitartez kitzikatzen dira: argiztapen artifizialaren, musika terapeutikoaren, ehundura ezberdinen eta hainbat lurrinen eta elikagaien bidez. Terapia honen erabilera Rett sindromean, garun-lesio traumatikoan, garun-paralisan eta demenzian agerikoak diren sintoma fisiologikoak eta portaera-aldaketak arintzeko hautabide eraginkor gisa deskribatu da. Haatik, droga-abusuek dakartzaten asaldurei aurre egiteko Snoezelen terapiak ekar ditzakeen onurak ez dira ordura arte ikertu. Ikerlan honen xedea alkoholaren kontsumoaren ondorioz sorturiko kalteei aurre egiteko Snoezelen terapiak duen rola aztertzea da. Zehatz-mehatz adimena, mugimenduen koordinazio motorra, oreka eta antsietate/depresio prozesuak aztertuko dira.

METODOAK

Azterlan honen helburua gauzatzeko Gamiz-Fikan kokatuta dagoen Emaus gizarte-fundazioak barne hartzen duen Bitartean egitasmoko 6 paziente gizonetako hautatu ziren; guztiek alkoholarekin lotutako arazoak zituztenak

Gamiz-Fikako eguneko zentroa



Kognizioa



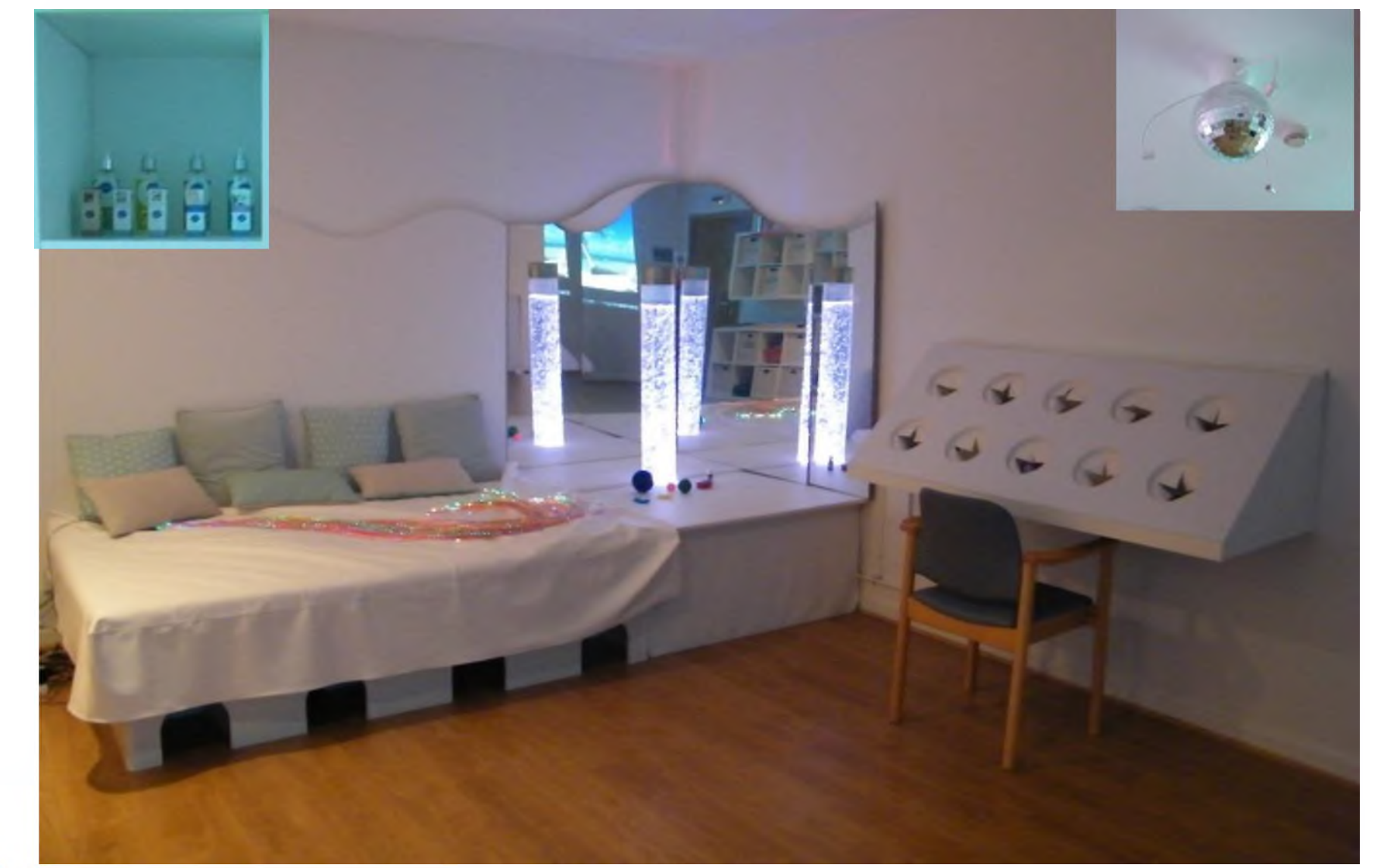
Kaufmanen adimen azterketa

Oreka



PROBAK

Koordinazioa



Snoezelen gela

Antsietate/depresioa

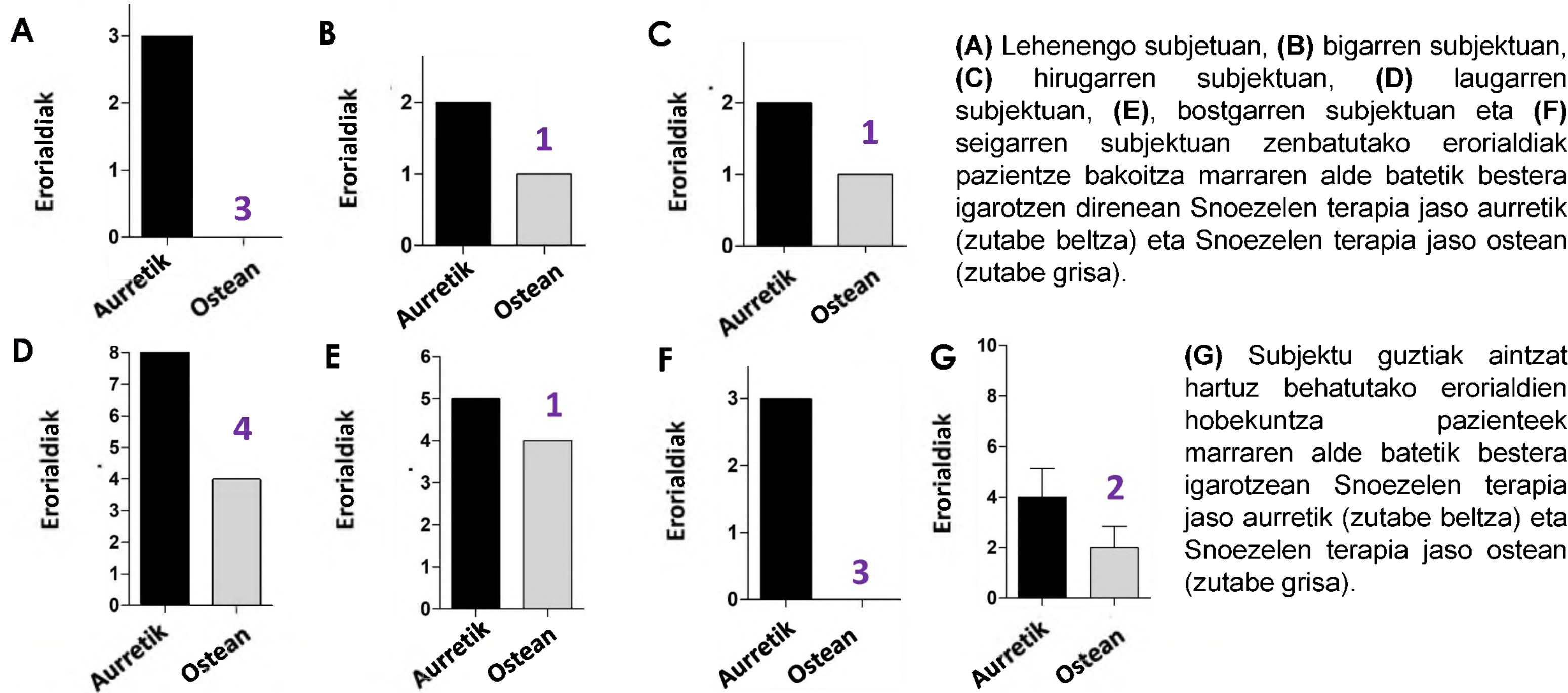
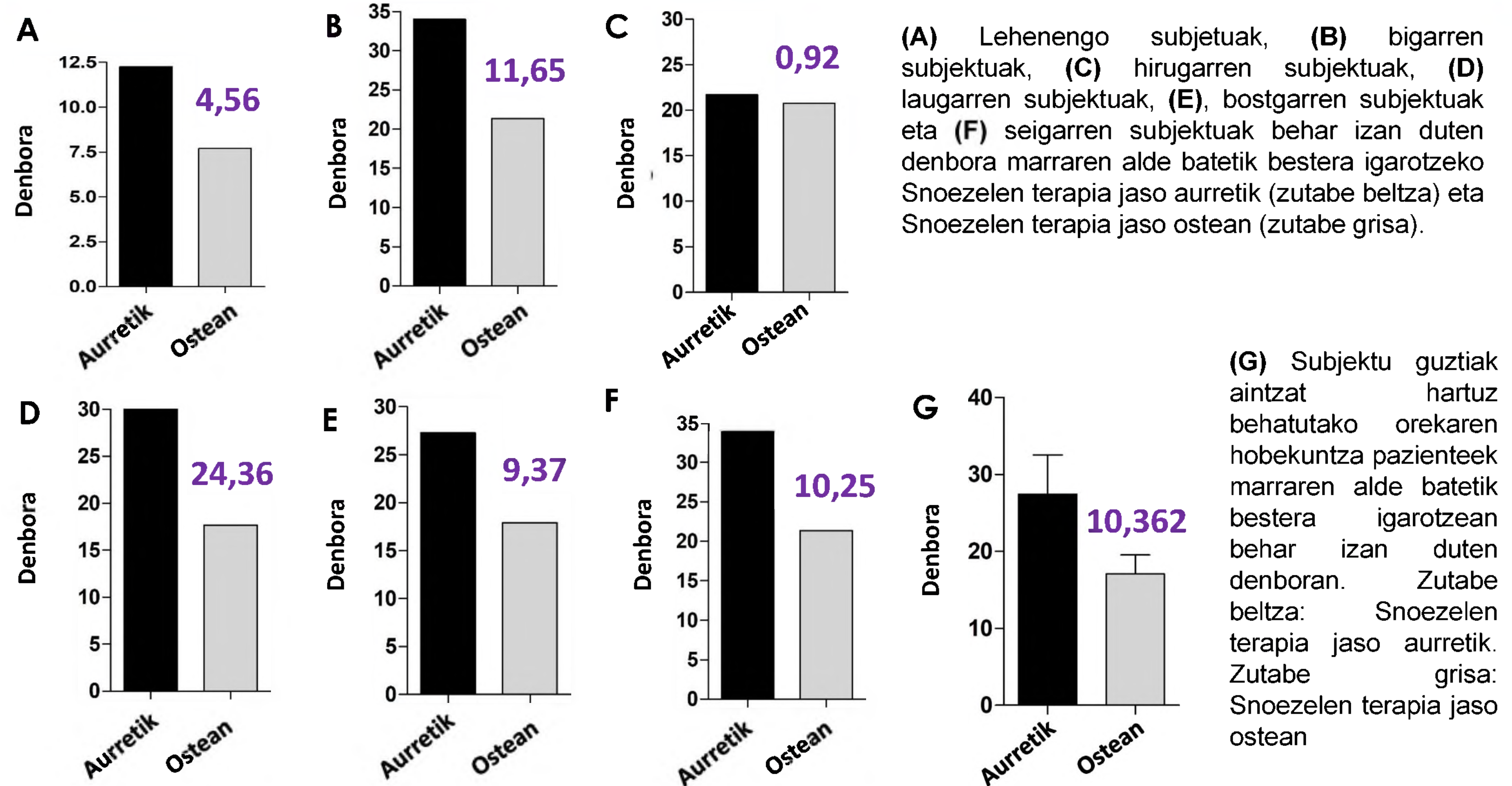


Pultsoximetroa

Helduen psikopatologia ebaluazio orokorraren proba

EMAITZAK

OREKA

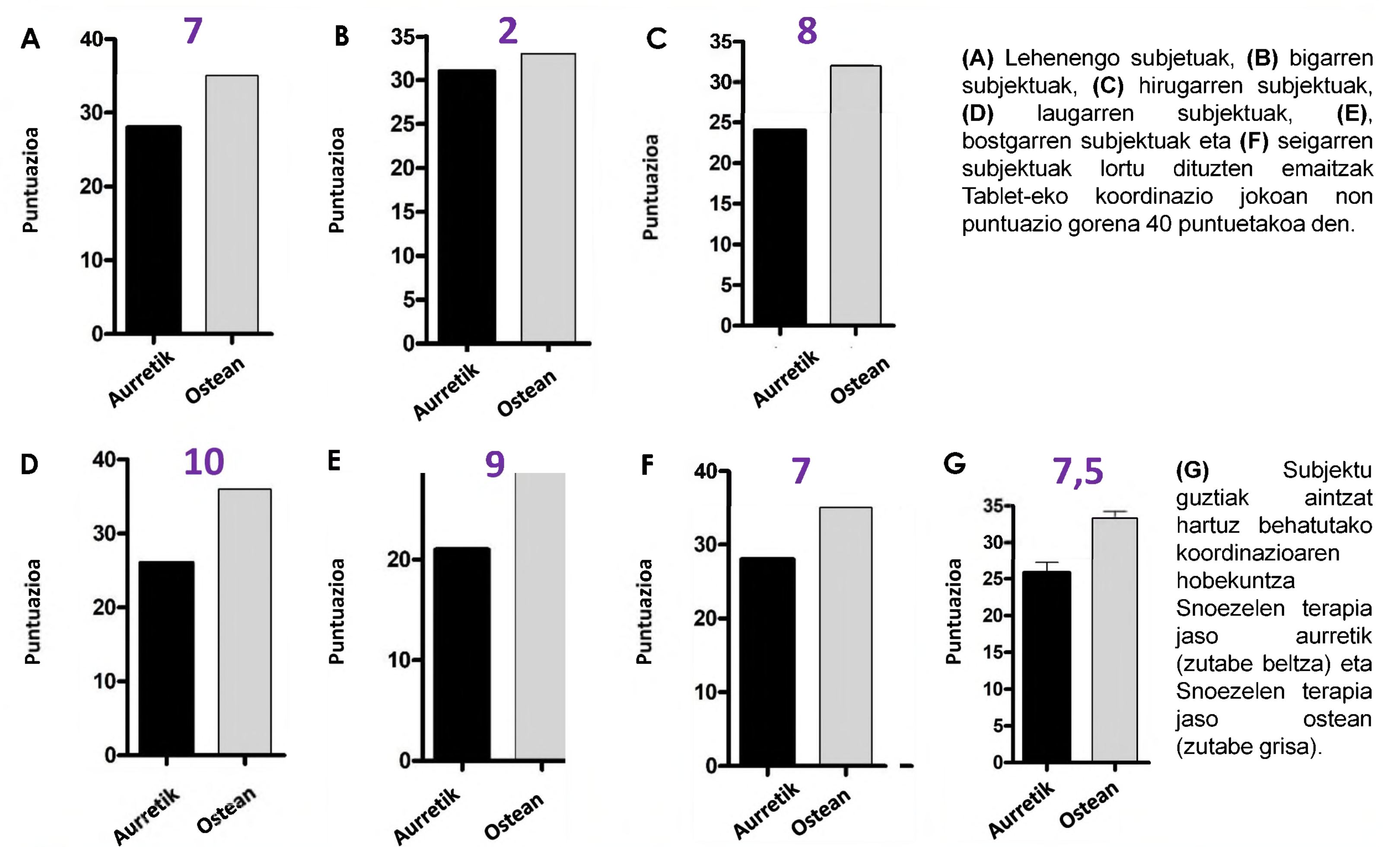


KOGNIZIOA

SUBJEKTUA	AURRETIK	OSTEAN
1	100	108
2	86	101
3	84	88
4	86	86
5	83	91
6	101	-

Kaufmanen adimen azterketaren emaitzak subjektu bakoitzaren, Snoezelen terapia jaso aurretik eta Snoezelen terapia jaso ostean.

KOORDINAZIOA



HELDUEN PSIKOPATOLOGIA EBALUAZIO OROKORRAREN PROBA

PAZIENTEA	AURRETIK	OSTEAN
1	92	70
2	70	58
3	60	72
4	87	84
5	80	75

Helduen psikopatologia ebaluazio orokorraren proban paziente bakoitzak erakutsitako maila alkoholarekin erlazionaturako arazoetan Snoezelen terapia jaso aurretik eta Snoezelen terapia jaso ostean

DEPRESIOA

PAZIENTEA	AURRETIK	OSTEAN
1	72	59
2	63	61
3	53	47
4	66	59
5	65	60

Helduen psikopatologia ebaluazio orokorraren proban paziente bakoitzak erakutsitako depresio maila Snoezelen terapia jaso aurretik eta Snoezelen terapia jaso ostean

ONDORIOAK

Efektu onuragarri hauek guztiek aukera berriak ireki ditzakete osasungintzan, non Snoezelen terapia mediku espezialistek alkoholismoa sendatzeko agindutako tratamendu farmakologikoen laguntzaile bezala aplika daitekeen; paziente bakoitzaren bizi-kalitatea hobetuz, eta, ondorioz, pertsona hauen bizi-itxaropena luzatuz.

LANEKO JOAN-ETORRIEN ONDORIOZKO LANEKO LESIOAK MURRIZTEKO TRESNAK

Gonzalo Arroyo Díaz, Marta Valencia Asso, Jaione Fernández Landa y Alberto Sainz de la Maza Orio

Kolaboratzailea: Jon Irizar Huguet

Sarrera

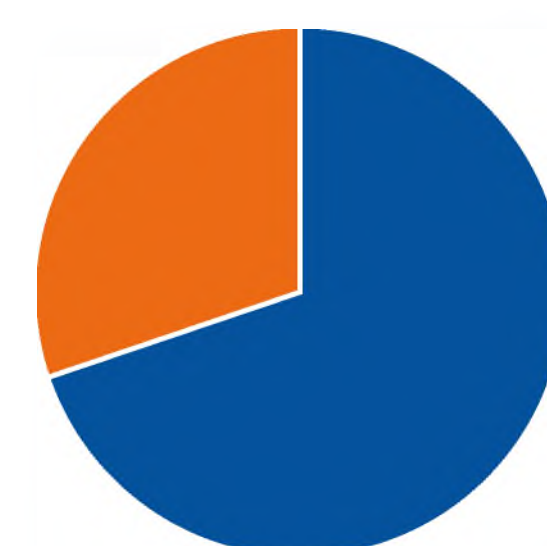
Mutualiak, Gizarte Segurantzarekin lankidetzan duen 2 zk.ko Mutuak, laneko mugikortasunean ekintza eta praktika onak garatu eta hedatzea sustatzen du 2010az geroztik, honako hau antzeman baitzen:

- Lehenengo Bonus kanpaina abian jarri ondoren, mugikortasuna kudeatzeko tresnen gero eta behar handiagoa zutela enpresek.
- Enpresetako istripuen datuak aztertu ziren: egiaztatu zen laneko istripurik larrienen %30 (larriak, oso larriak eta hildakodunak) joan-etorrien ondoriozkoak zirela.

Horren ondorioz, joan-etorriek (in-itinere eta misiokoak) eragindako laneko lesioak murrizteko tresnak garatzeko proiektua jarri zen abian.

MUGIKORTASUNAREKIN ZERIKUSIA DUTEN LANEKO ISTRIPIEN LARRITASUNA GUZTIZKOAREKIN ALDERATUZ GERO %

- Joan-etorriak gabeko larritasunik handieneko LI
- Joan-etorrien ondoriozko larritasunik handieneko LI



Helburua

Joan-etorrien ondoriozko laneko istripuen arriskua eta horien larritasuna murrizteko tresnak eta ekintzak hedatzea, Mutualiari atxikitako enpresa-taldean.

Laneko metodologia

Mutualiak garatutako ekintzak eta tresnak hedatzeko, kontzientziatzeko eta aholkatzeko sistematika, 2010-2018 aldian hautemandako **BEHARREI** erantzunez. Joan-etorrien ondoriozko arriskuei buruz enpresek duten kudeatzeko metodologian eta pertzepzioan eragin nahi da.

BEHARRAK

Aholkularitza

Zer egin behar den eta nola egin behar den ez dakitela ikusi da.

Ekintzak:

- Aholkularitza pertsonalizatua.
- Ikustaldiak, hala eskatzen duten enpresetara.

Kudeaketarako tresnak

Edozein enpresa motatan erraz ezar daitezkeen eredu beharrak identifikatu.

Ekintzak:

- Mugikortasun-planaren eredu.
- Joan-etorrien egoera diagnostikatzeko eredu.
- Langileentzako inkesta tipo eredu.
- Ezarri beharreko balizko neurrien zerrenda egin.



EREDU GUZTIAK HEMEN DAUDE:
www.mutualia.eus

Kontzientziak

Zerikusia duten eragile guztiek arriskuaren kontzientziak handiago hartzeko beharra dagoela ikusi da.

Ekintzak:

- Gidatzeko simulagailua.
- Oporretako kanpainak.

Informatzeko eta hedatzeko tresnak

Tresna horien beharra egiaztatu da.

Ekintzak:

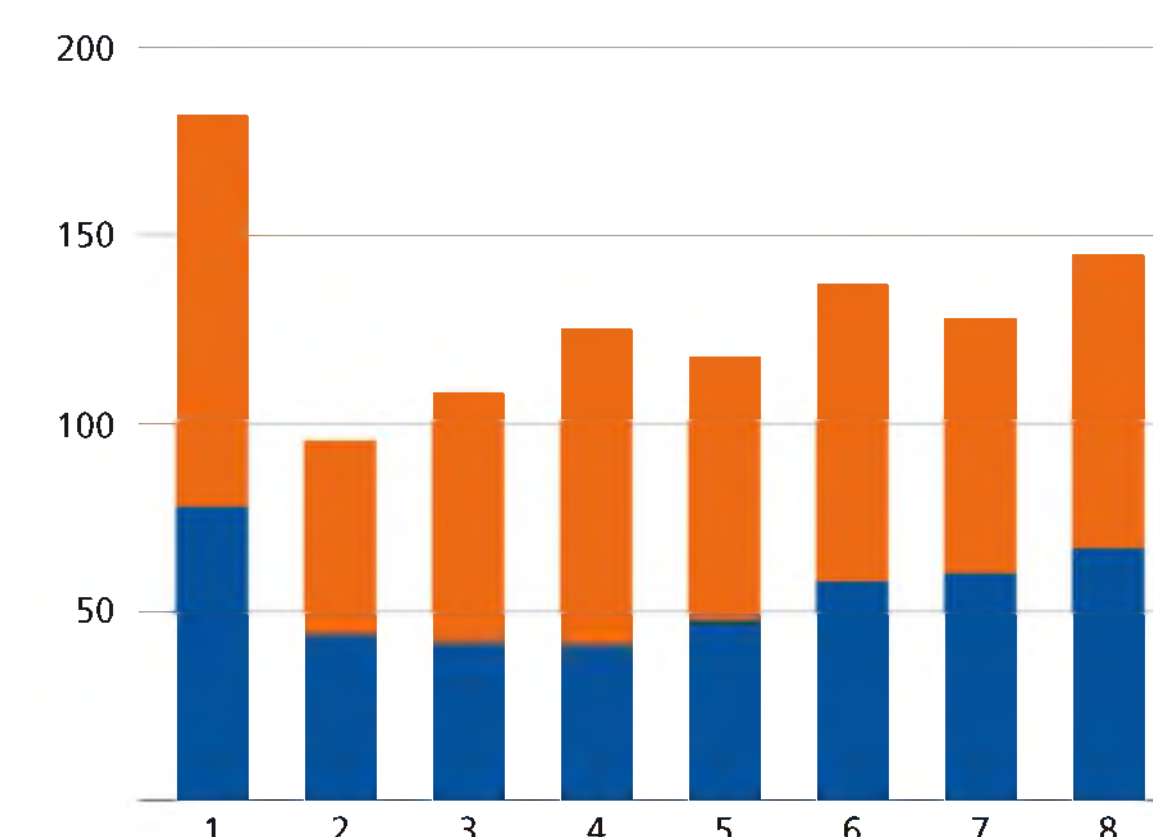
- Campus birtuala: mugikortasunari buruzko berriak edukiak oinarriko ikastaroan eta bideo segurtasunari buruzko jardura dibulgatzaile bat.
- Jardunaldi dibulgatzaileak.
- Gidatzeari buruzko trebakuntza-fitxa.
- Ikus-entzunezko materiala: sentibilizazio-kanpaina astero, bideoen bidez.

Emaitzak

Emaitzak ebaluatzeko, proiektuaren hasieran eman diren bi adierazleak neurtu dira.

Mugikortasun-planak egitearen eboluzioa. 2010-2018 aldia

MUGIKORTASUN-PLANA EGIN DUTELA ADIERAZI DUTEN ENPRESEN BONUS KANPAINAKO DATUAK

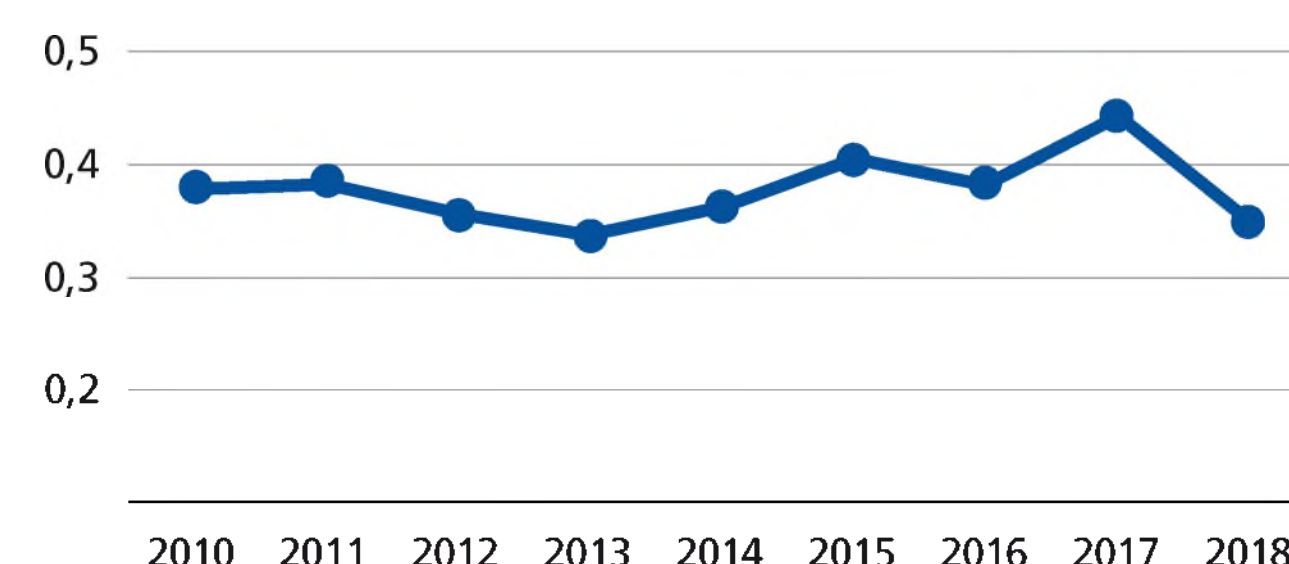


- Eskari kopurua, mugikortasun-plana egin izana aitortu gabe
- Eskari kopurua, mugikortasun-plana egin izana aitortuta

Bonusa mugikortasun-plan batekin aurkeztu duen enpresen ehunekoa %3,3 hazi da.

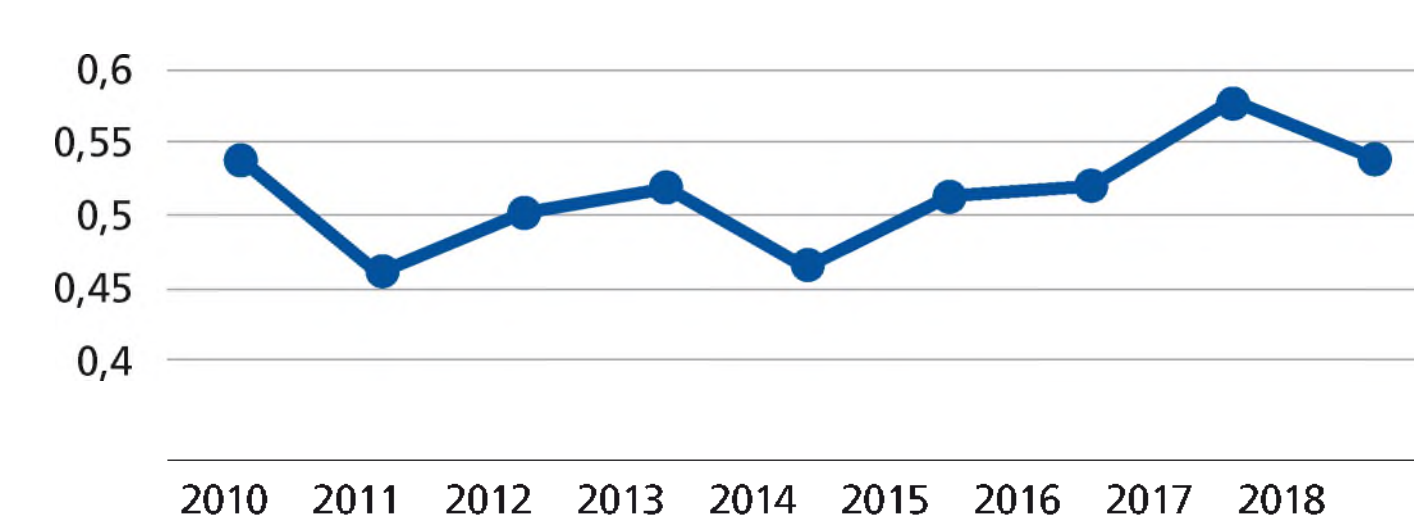
Joan-etorrien ondoriozko istripuen eboluzioa. 2010-2018 aldia

% LI MISIOAN VS LANGILEAK MUTUALIAKO BITARTEKOEKIN

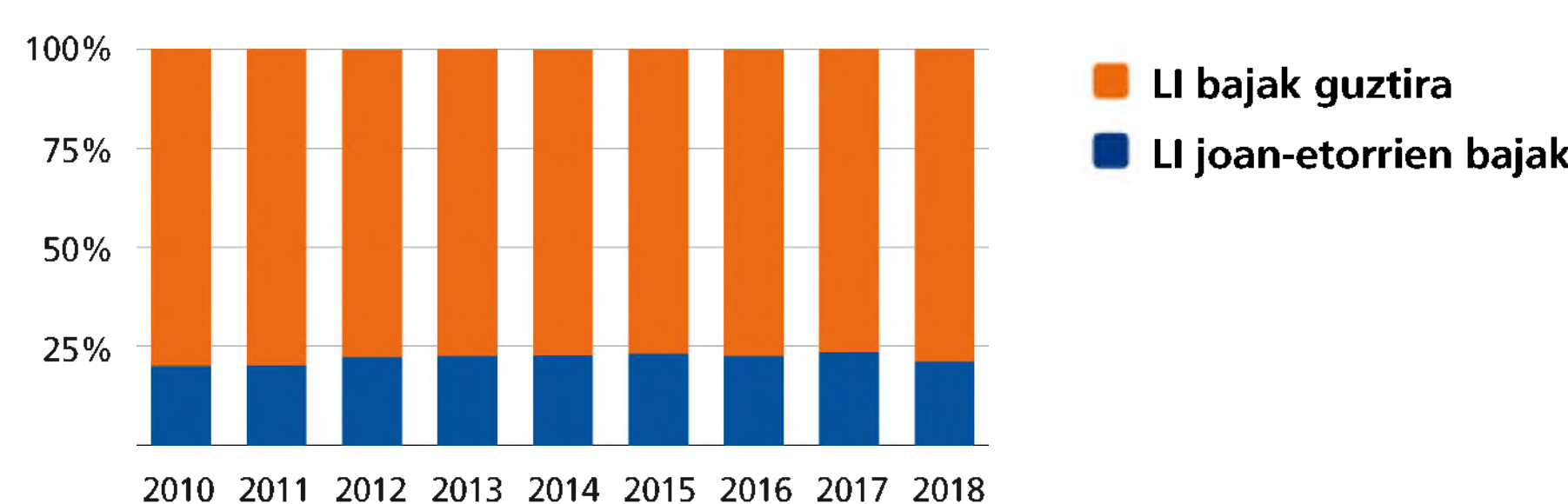


Mugikortasunarekin zerikusia duten istripuak %1,4 hazi dira, baina guztiek alderatuz gero.

% LI IN ITINERE VS LANGILEAK MUTUALIAKO BITARTEKOEKIN

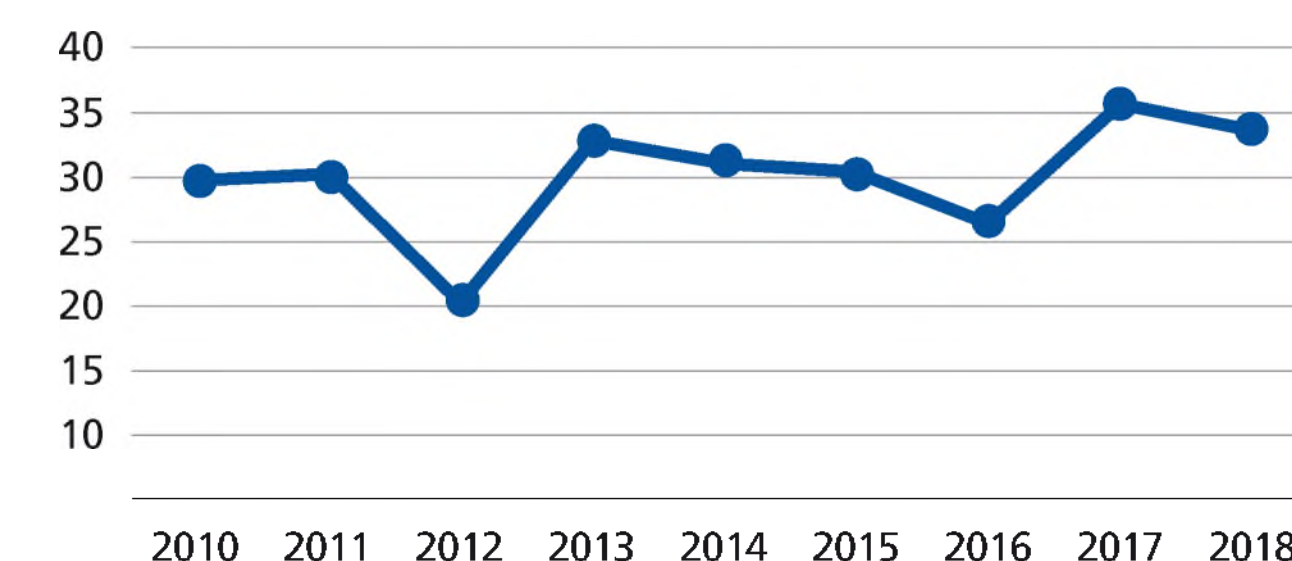


JOAN-ETORRIETAKO LI VS LI GUZTIAK



Mugikortasunarekin zerikusia duten LI larrienen ehunekoa %4,2 igo da.

% LI LARRIENAK VS GUZTIZKOA



Ondorioak

Adierazle batzuk hobetu egin diren arren, oro har laneko mugikortasunaren arloan berrikuntza, dibulgazio eta kontzientziak lanek egiteko beharra dagoela ikusten da, eta kolektibo bazkideentzat Mutualiako prebentzio aholkularitza garatzen diren zeregin horiek.

Azpimarratu beharra dago joan-etorrien ondoriozko arriskuaren izaeratik ezinbestekoa dela ikuspegi anitzeko programak eta jarduerak garatzea gizartearen eta lan munduan eragina izan dezaketen erakunde eta talde guztiek.

Bibliografia

- 404/20101 ED
- ISO 39001: ISO 39001 araua, "Bide-segurtasunerako kudeaketa-sistema.
- "Plan Tipo de Seguridad Vial en la Empresa. Guía Metodológica" Egilea: Dirección General de Tráfico. Lege-gordailua: M-50007-2011.

HOOK EFEKTUA: immunosaiakuntzen eragozpena, emaitzen zuzenketa eta osasun-prebentzioa

Beñat de Alba Iriarte, Noelia Lopez Barba, Edurne Bereciartua Urbieto, Adolfo Garrido Chercoles.
DONOSTIA UNIBERTSITATE OSPITALEA. ANALISI KLINIKOEN ZERBITZUA.

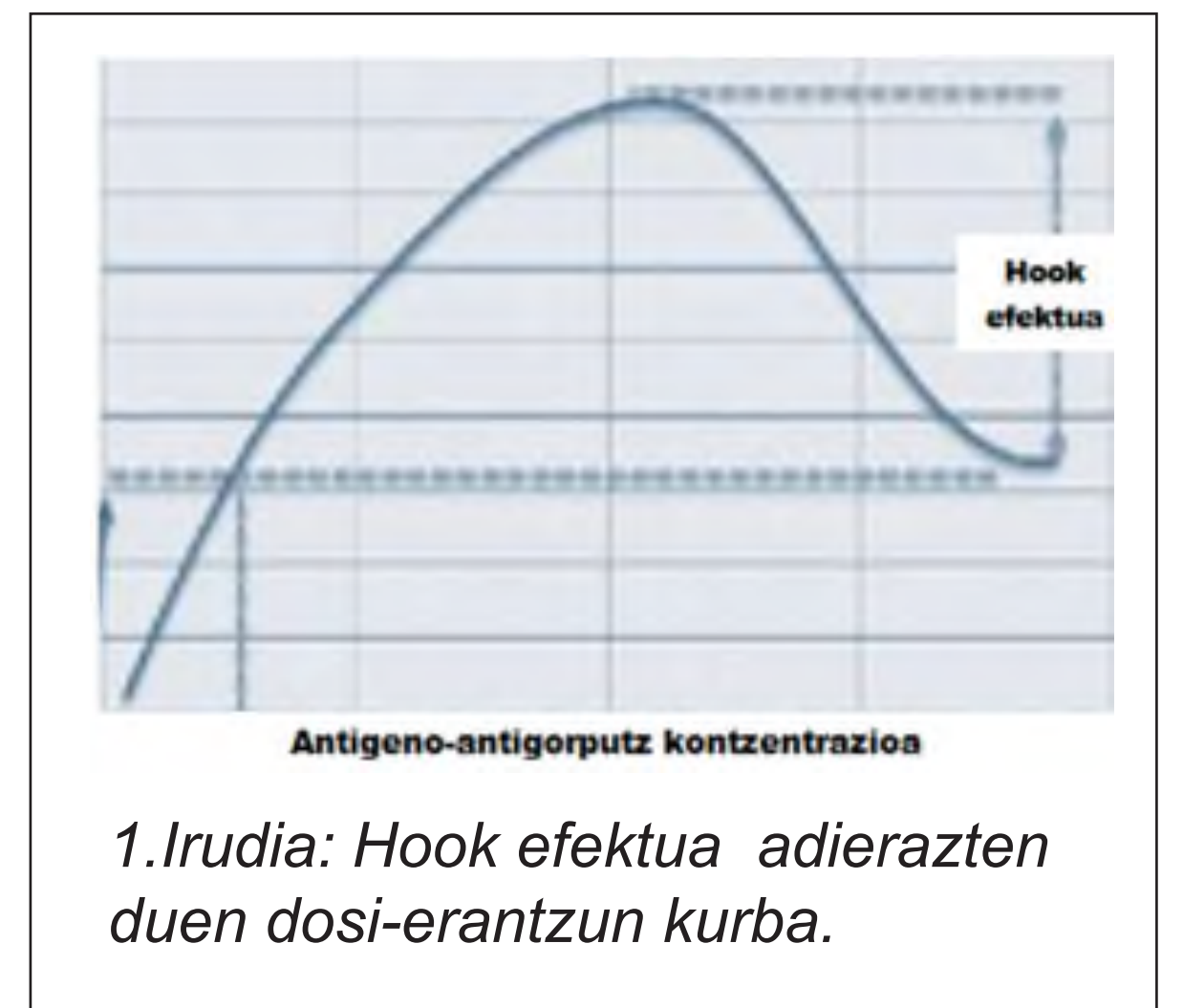
Sarrera

Hook efektua Laborategiko immunosaiakuntzen eragozpen bat da. Odol-lagina analizatzean kontzentrazio oso altuan dagoen analitoaren emaitza gutxiesten du balio baxuak neurtuz.

Antigenoaren kontzentrazio altuak antigorputzaren saturazioa eragiten du, eta horren ondorioz, antígeno-antigorputz erreazioaren prezipitazioa murrizten da. Horrek, teknikaren neurtze seinaleak gutxitzen ditu eta emaitza faltsuki baxuak eragiten. (1.Irudia)

Osatutako prezipitatu kopurua serum laginean dagoen antígeno kontzentrazioarekiko alderantziz proportzionala denez, aztertzen den laginaren neurketa ez da zuzena izaten eta emaitza akasdu baxuak eman daitezke.

Fenomeno hau 1992an deskribatu zen lehen aldiz. Ez da erraza izaten antzematea. Prolaktina, ferritina, giza gonadotropina korionikoa (hCG) eta antzeko analitoak neurtzean gerta daiteke, kasu batzuetan parametro horien kontzentrazioak oso altuak izaten direlako. Analito baten segidan neurtutako balioen artean ez dagokion emaitza susmagarri bat antzematean detektatzen da.



Helburuak

Komunikazio honen interesa immunosaiakuntzetan gerta daitekeen efektu honen berri ematean datza. Berau detektatzea garrantzitsua da, odol-analisen emaitza zuzentzeko eta osasun-diagnostiko eta tratamendu okerrak prebenitzeko.

Metodoak

Paziente baten ferritina balioen jarraipena egin genuen Laborategian.

Emaitzak

Parametroak (Unitateak)	Emaitzak				Erreferentzia-balioak
	1. eguna	2. eguna	5. eguna	7. eguna	
Sodioa (mEq/L)	130	130	126	125	[135-145]
Kloroa (mEq/L)	94	94	89	86	[93-110]
Potasioa (mEq/L)	3,97	3,69	4,24	4,13	[3,7-5,4]
Trigliceridoak (mg/dL)	-	564	253	-	[35-135]
Fosfatasa alkalinoa (U/L)	-	91	253	194	[35-104]
Gamma-GT (U/L)	-	54	110	180	[6-42]
AST/GOT (U/L)	-	118	286	161	[0-31]
ALT/GPT (U/L)	24	63	54	53	[0-33]
Laktato deshidrogenasa (LDH) (U/L)	517	1412	7648	3573	[135-250]
Ferritina (µg/L)	22592	288080	836	196265	[30-400]
C proteina erreaktiboa (PCR) (mg/L)	97,55	278,3	131,7	90,3	[0-5]
Hemoglobina (g/dL)	8,9	7,3	6,4	4,8	[12-15,3]
Plaketak (*10 ³ /µL)	20	11	316	189	[140-400]
Leukozitoak (*10 ³ /µL)	3,20	1,60	6,02	0,50	[3,8-10]
Neutrofiloak (*10 ³ /µL)	2,41	0,75	5,10	0,26	[1,6-7,5]
INR (I.N.R.)	1,12	1,52	1,3	1,29	[0,85-1,2]
D Dimeroa (ng/mL)	-	14490	-	-	[1-500]

2.Irudia: Pazientearen analisisen emaitzak. Hook efektuaren ondoriozko ferritina baxua gorri adierazita.

serializatua egin genuen, immunosaiakuntzaren bitartez azter zitekeen antígeno kontzentrazio neurgarria lortu arte. **Lagineko ferritinaren emaitza erreala 546320 µg/L izan zen, eta ondorioz, Hook efektua gertatu zela frogatu genuen.**

Ondorioak

Immunosaiakuntzen eragozpen hau susmatzen den bakoitzean laginaren diluzio serializatuak egin behar dira lagin-analizagailuak arazorik gabe neurtuko duen antígeno kontzentrazioa erdiesteko. Horrela, eraturako diluzioa aztertzean, fenomeno hau berriz agertzea saihesteaz gain, emaitza erreala lortzen da. Aurrez zegoen emaitza zuzendu behar da eta, hutsegitea garaiz detektatu ez bada, gertatutakoaren berri eman behar zaie pazientearekin lotura duten osasun-langileei. Horrek osasun erabaki okerrak hartzea eragotz dezake, baita okerreko diagnostiko eta tratamenduak prebenitu ere.

Bibliografia

- Tate J, Ward G. Interferences in immunoassay. Clin Biochem Rev 2004;25:105-120.
- Roozen G, Revet I, Raymakers R, Kemperman H. Falsely decreased ferritin concentrations in two patients with haemophagocytic lymphohistiocytosis: a case report. Ann Clin Biochem 2019;56:179-182.
- Risma K, Jordan MB. Hemophagocytic lymphohistiocytosis: updates and evolving concepts. Curr Opin Pediatr 2012;24:9-15.
- Allen CE, Yu X, Kozinetz CA, McClain KL. Highly elevated ferritin levels and the diagnosis of hemophagocytic lymphohistiocytosis. Pediatr Blood Cancer 2008;50:1227-1235.
- Jacobs JFM, van der Molen RG, Bossuyt X, Damoiseaux J. Antigen excess in modern immunoassays: to anticipate on the unexpected. Autoimmun Rev 2015;14:160-167.
- Ranjitkar P, Turtle CJ, Harris NS, Holmes DT, Pyle-Eilola A, et al. Susceptibility of commonly used ferritin assays to the classic hook effect. Clin Chem Lab Med 2016;54:e41-e43.
- Butch AW. Dilution protocols for detection of hook effects/prozone phenomenon. Clin Chem 2000;46:1719-1721.
- Wu SJ, Hayden JA. Upfront dilution of ferritin samples to reduce hook effect, improve turnaround time and reduce costs. Biochem Med (Zagreb) 2018;28:010903.
- Ross J, Hardy RW. Macrophage activation syndrome, ferritin, and the hook effect. Am J Clin Pathol 2012;138:A189.

METANOL INTOXIKAZIOA: diagnostiko kliniko eta analitikoaren eta tratamendu azkarren beharra

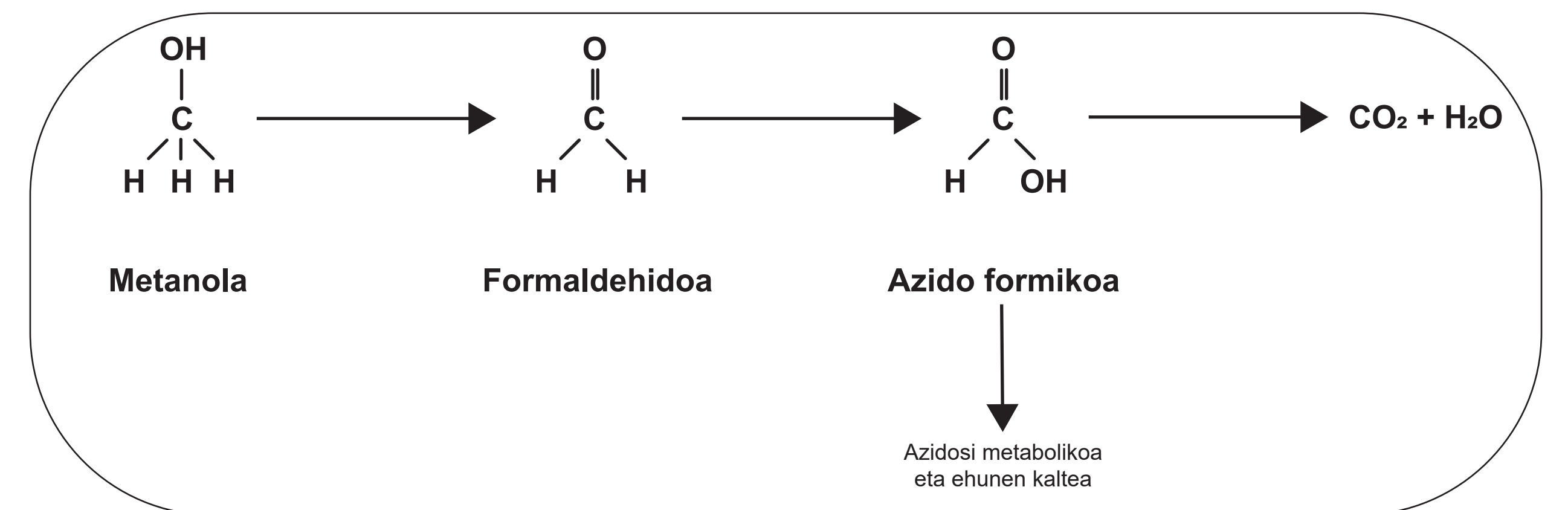
Beñat de Alba Iriarte, Noelia Lopez Barba, Eva Lorea Gil Rodriguez, Maria Asuncion Vives Almandoz.
DONOSTIA UNIBERTSITATE OSPITALEA. ANALISI KLINIKOEN ZERBITZUA.

Sarrera

Metanola substantzia toxikoa da. Giza gorputzean kalteak eragin ditzake larruazaleko kontaktuaren edo ingestioaren (askoz larriagoa) bidez. Metabolizatzean bi konposatu kaltegarri osatzen dira, formaldehidoa eta azido formikoa, toxizitatearen erantzuleak. (1.Irudia)

Metanol intoxikazio kasuak bakanak diren arren, morbiditate eta hilkortasun-tasa (%25-50) oso handiak ditu, eta kasu gehienak alkoholiko konpulsiboei dagozkie. Askotan etanol intoxikazioarekin nahas daiteke, ez baitu sintomologia espezifikorik. Sintomak ingestio osteko 12 eta 24 orduen artean agertzen dira: sabeleko mina, goragalea, gorakoa, zorabioa, ikusmen lausoa, ahulezia...

Ezaugarri kliniko bereizgarriena midriasi arreaktibo bilateral da (2.Irudia), pronostiko txarra du, eta heriotzaren arrazoi nagusia arnasketa akatsa da. Analisisan azidosi metaboliko nabarmena, anion gap eta osmol gap altuak eta metanol emaitza altua ageri ohi dira.



1.Irudia: Metanolaren metabolizazio prozesua



2.Irudia: Midriasi arreaktibo bilateral

Helburuak

Komunikazio honen interesa metanol bidezko intoxikazioaren larritasunean datza. Urtean bizpahiru kasu izaten ditugu ospitalean eta gehienetan hil egiten dira.

Osasunaren prebentzioan funtsezkoa da goiz diagnostikatzea eta tratamendua azkar ezartzea, ondorio neurologiko eta bisualak eta heriotza ekiditeko. Sarritan ez da izaten susmatzen erraza, baina aurkezpen honetan azaldutako datuekin bere diagnostikoa garaiz egiten laguntzea espero dugu, tratamendu zuzena berehala hasteko.

Metodoak

Paziente baten ferritina balioen jarraipena egin genuen Laborategian.

Emaitzak

Intoxikatuak edale sutuak eta alkoholik ezean edozer edateko gauza izan ohi dira. Mozkorraldiaren moduko sintoma orokorrak jasateaz gain midriasi arreaktibo bilateral eta azidosi metaboliko larria izaten dituzte ezaugarri.

Metanol kontzentrazioaren neurketa egin ezin denean, diagnostikoaren hurbilketa anion gap eta osmol gap kalkulatu egiten da. (3.Irudia)

Anion gap altuak azidosia baieztatzen du.

Osmol gap altuak metabolitoen presentzia adierazten du.

Metanolaren emaitza gas-kromatografia bidez konfirmatzen da EDTA odol-laginean. Emaitza positiboa izan ohi da ingestiotik 48 ordura arte hartutako laginetan, baina negatiboa izan daiteke handik aurrera eskuratutakoetan.

Intoxikazio larria: >0,2 g/L

Intoxikazio hilgarria: >1 g/L

$$\text{Anion gap (mmol/L)} = [\text{Na}^+] - [\text{Cl}^-] + [\text{HCO}_3^-]$$

[erreferentzia-balioa: 8-16 mmol/L]

Osmol gap (mOsm/kg) : Odoleko neurtu gabeko solutu ezezagunak

$$\text{Osmol gap} = \left[\begin{array}{c} \text{Osmolalitate} \\ \text{neurtua} \end{array} \right] - \left[\begin{array}{c} \text{Osmolalitate} \\ \text{kalkulatua} \end{array} \right]$$

[erreferentzia-balioa: <10 mOsm/Kg; balio kritikoa: >15 mOsm/kg]

Osmolalitate neurtua: Odoleko osmotikoki aktiboak diren solutu guztiak

Osmolalitate kalkulatu: Odoleko osmotikoki aktiboak diren esperotako solutuak

$$\text{Osmolalitate kalkulatu} = 2 \times [\text{Na}^+] + 2 \times [\text{K}^+] + \frac{[\text{Urea}]}{6} + \frac{[\text{Glukosa}]}{18}$$

[Na⁺ mmol/L-tan; K⁺ mmol/L-tan; Urea mg/dL-tan; Glukosa mg/dL-tan]

3.Irudia: Anion gap eta osmol gap kalkulua

Ondorioak

Susmo kliniko eta analitikoan soilik oinarrituta jarri daiteke presazko tratamendua, metanolaren emaitza jakin gabe. Euskarri-neurriez eta dialisiaz gain, antidotoa (fomepizola edo etanola) behar da metanolaren metabolito toxikoetarantzko eraldatzea inhibitzeko.

Bibliografia

- Kruse JA. Methanol poisoning. Intensive Care Med 1992;18:391-7.
- Nolla-Salas J, Nogué S, Marruecos L, Palomar M, Martínez J. Intoxicación por metanol y etilenglicol. Estudio de 18 observaciones. Med Clin (Barc) 1995;104:121-5.
- Glaser DS. Utility of the serum osmol gap in the diagnosis of methanol or ethylene glycol ingestion. Ann Emerg Med 1996;27:343-6.
- Brent J, McMartin K, Phillips S, Aaron C, Kulfiig K. Fomepizole for the treatment of methanol poisoning. N Engl J Med 2001;344:424-9.
- Mégarbane B, Borron SW, Trout H, Hantson P, Jaeger A, Krencker E, et al. Treatment of acute methanol poisoning with fomepizole. Intensive Care Med 2001;27:1370-8.
- Tejada A, Fernández B, González JL, Campos E, Oliván G, Muñoz J. Intoxicación grave por metanol, dos consideraciones. Med Intensiva 1992;16:553-4.
- Jacobsen D, McMartin KE. Methanol and ethylene glycol poisonings. Mechanism of toxicity, clinical course, diagnosis and treatment. Med Toxicol 1986;1:309-34.
- Pérez Quintero A, Nogué S, To J, Arrizabalaga P, Montoliu J. Intoxicación por metanol. Valoración de la eficacia terapéutica del etanol y de la diálisis con etanol. Med Intensiva 1983;7:115-8.
- McMartin KE, Makar AB, Martin-Amat G, Palese M, Tephly TR. Methanol poisoning. I. The role of formic acid in the development of metabolic acidosis in the monkey and the reversal by 4-Methylpyrazole. Biochem Med 1975;13:319-33.
- Roca R, Boveda J, Angles R, Drobnic ME, De Latorre F, Llopart L. Intoxicación grave por metanol. Med Intensiva 1990;14:31-3

ELKARREKIN HAZTEN: Babesten duen sarea



Egileak: Uxue Seminario Fonseca (Uharteko OE), Amaia Lucambio Larrechea (Uharteko OE), Itsaso Sexmilo Ayarra (DOUko larrialdiak), Maite Ayarra Elia (Uharteko OE), Zalao Izar Martinez Cincunegui (Uharteko OE), Nora Torregrosa Benede (Uharteko udaletxean)

SARRERA:

2005ean Uhartan umeen eta Nerabeen tratu txarrak saihestu eta hauei aurre egiteko profesionalen sarea sortu zen. Lan honetan azaltzen dugu sare honen:

- Partaideak, Helburuak eta Lan egiteko Metodologia.
- Ebaluazio Kuantitatiboa 2005 -2018 urteko epean

PROFESIONALEN SAREA:



HELBURUAK:

1. Arriskuan dauden haur eta nerabeen lehen detekzioa eta arreta bermatu

2. Haurtzaro eta nerabezaroko gaiei buruzko ekintzen ikuspegi koordinatua

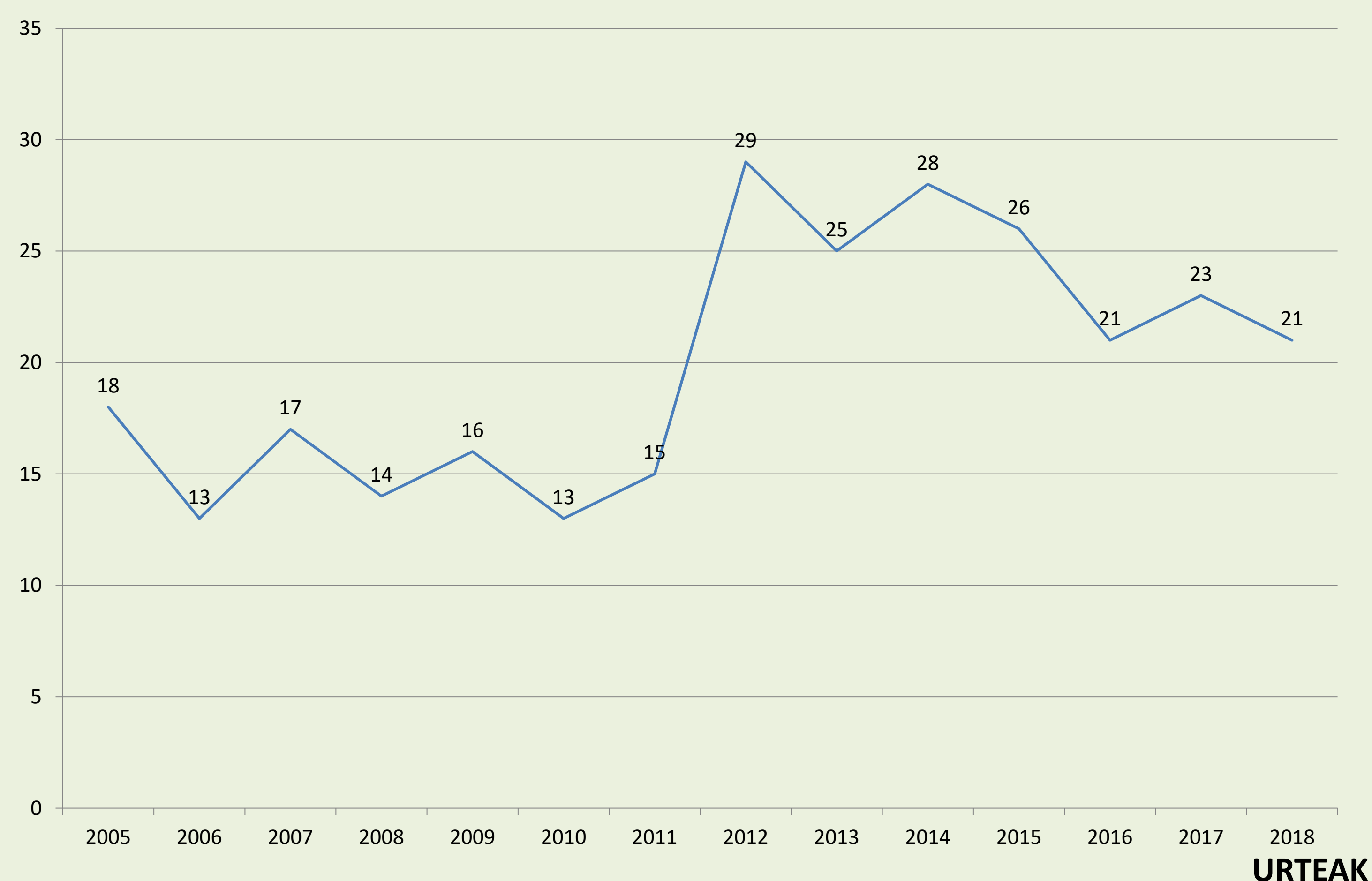
3. Ebaluazio kuantitatiboa: batzar eta kasu kopurua kontutan izanik

METODOLOGIA:

1. Batzarrak: haurtzaroan eta familian parte hartzen duten profesional orok
2. Lan taldea: Formazio eta batzarren antolatzaileak
3. Kasu taldea: Adingabe/familia unitate zehatz baten gain esku hartzen duten profesionalak

EMAITZAK:

KASU KOPURUA



Batzar kopurua:

- Talde osoa: gutxienez hilabetean behin.
- Kasuen jarraipenean, ez dago batzar kopuru mugaturik; kasu bakoitzarako beharrezkoak direnak.

ONDORIOAK:

1. Haurren zaintzaren arazoaren konplexutasunak baliabide profesional desberdinen parte hartzea eskatzen du.
2. Sareko metodologiak lanaren eraginkortasuna hobetzen duten koordinazio alderdiak errazten ditu. Sareak 15 urte mantendu izana, baliogarria dela adierazten du.
3. Grafikoan ikusten den moduan, urtero geroz eta kasu gehiago lantzen dira. Batez ere 2011-2016 epean, krisialdian.

HAUSNARKETA:

Joera hau izanik eta COVID19 sortzen ari den egoera berriarekin, geroz eta kasu gehiago espero dira. Honek sarearen beharra nabarmenago egiten du

BIBLIOGRAFIA:

1. Trabajo Social e interdisciplina: la cuestion de los equipos de salud. Del Valle 2002. <http://www.margen.org/suscri/margen27/jorna.html>
2. Redes Profesionales e interdisciplinariedad en trabajo social comunitario: una respuesta integral a problemas sociales interdisciplinarios <http://dx.doi.org/10.5569/1134-7147.58.04>

Bazterketa dietak haurtzaroan. Osasungarriak? Elikadura-osagarrien menpekoak?

Maite Goicoechea Irigaray¹, Irene Vadillo Álvarez¹, Anabel Escolano Burgos¹, Ainhoa Gondra Sangroniz¹, Emilio Jesús Aparicio Guerra²
¹ Basurtuko Unibertsitate Ospitalea
² Bombero Etzaniz anbulategia

SARRERA

Azken urteotan gure gizartean dieta ezberdinen gorakada izan den arren (barazkijalea, beganoa, etab.), osasun arloko langileen artean gai honi buruzko ezjakintasuna nabaria da.

Zer ondorio izan dezakete gure pazienteen osasunean?

Zer gomendatu behar diegu gure umeei eta haien gurasoei?

HELBURUAK

Bazterketa dieten arteko diferentziak ezagutu eta gure pazientearen kasutik abiatuta, eman behar dizkiogun gomendioak jakin.

KASU KLINIKOA

12 urteko nerabea, altuera baxuko familia aurrekariekin.

Dieta obolakteobegetarianoa jarraitzeko erabakia hartu du eta bere pediatarrengana jotzen du aholku bila.

METODOAK

Azken **5 urteetako** literaturaren **azterketa sistematikoa** egin da, PubMed, The Cochrane Library, Uptodate, Espainako Pediatria Elkarte eta Lehen Mailako Arreta Pediatrikoko Elkartean. Gure informazio iturrietatik **6 berrikuspen** landu ditugu.

Dieta mota	Jan ditzaketen jakiak
Obolakteobegetarianoa	Zerealak, lekaleak, barazkiak, frutak, fruitu lehorrak, haziak, esnekiak eta arrautzak
Beganoa	Zerealak, lekaleak, barazkiak, frutak, fruitu lehorrak eta haziak
Gordina	Barazkiak, frutak, fruitu lehorrak, haziak, zerealak eta ernetutako lekaleak (guztia gordinik)
Fruitarra	Frutak, botanikoki frutak diren barazkiak (tomatea, berenjena, piperra, kalabaza), fruitu lehorrak eta haziak
Makrobiotikoa	Zerealak, lekaleak, barazkiak (fruitu lehorrak, haziak eta frutak kantitate murriztuetan). Itsasoko barazkien kontsumo handia. Arraina jan dezakete.
Ayurveda (dosha Kapha)	Zereal batzuk, lekaleak, barazkiak, frutak, haziak, esnekiak, arrautzak (ez frijituak edo nahasiak), haragi zuria eta erreko arrainak.

1. eta 2. taulak. Comité Nacional de Nutrición de la Sociedad Argentina de Pediatría. "Dietas vegetarianas en la infancia". Arch Argent Pediatr 2020;118(4):S130-S141

Dieta motak, arriskuan egon daitezken elikagaiak eta osagarrien beharra

Elikagaia	Begetarianoa			Beganoa	Makrobiotikoa	Ayurved
	Obolakteo-	Lakteo-	Obo-			
B12	x	x	x	x	x	x
D bit	x	x	x	x	x	x
Fe	x	x	x	x	x	x
Zn	x	x	x	x	x	x
Ca			x	x	x	x
Ω3 (DHA)	x	x	x	x	x	x
Proteinak	x	x	x	x	x	x
Kaloriak	x	x	x	x	x	x
Osagarriak	Ahorakin murriztua izatekotan, haurdunaldian eta edoskitzean: vit B12, D, Fe eta Ω3			Beti B12 eta D bitaminak. Ahorakin murriztua izatekotan, haurdunaldian eta edoskitzean: Fe, Ca, Zn eta Ω3	Ahorakin murriztua edo arrain-kontsumorik ez izatekotan: begetarianoen antzera. Arriskuak balioztatuta behar dira elikaduraren anamnesia eginik.	

ONDORIOAK

- Dieta begetarianoa (obolakteobegetarianoak zein beganoak), paziente pediatrikoetan, orojalea bezain onuragarriak izan daitezkeela deritzote metaanalisek, garapena eta hazkuntza oztopatu barik, elikadura anitza eta proteina ezberdinen konbinazio egokia egiten den heinean.
- Obesitate, gaixotasun koronario, bigarren motako diabetesa eta hipertentsioaren intzidentzia murrizten du, baita LDL-kolesterola, gluzemia, tentsio arteriala eta gorputz-masa indizearen zifrak ere.
- B12 eta D bitamina, burdina, zink, aminoazido eta gantz-azido esentzial** batzuen gabezia egon daitezkeenez, hauetan aberatsak diren jakiak jatea ezinbestekoa da (esnea, arrautzak eta zerealak...); bestela, elikagai-osagarriak beharrezkoak izango lirateke.
- Literaturan, lekale eta zereal-proteinak batera jatea gomendatzen da, horrela proteina ezberdinen kalitatea hobetzen delako, haragi proteinen kalitatera hurbilduz.
- Barazkijakileetan, **proteina-sarrera** orojakileetan baino **handiagoa izan beharko da**, beraien elikadura zuntzan aberatsa denez, proteinen xurgapena murriztuta dagoelako.
- Dieta beganoa jarraitzen duten familiek eta euren umeei, **aholku** gehiago beharko dutenez, erreferentziako medikuaz gain nutrizionista batek jarraipena egitea komenigarria izango litzateke.
- Bazterketa dietak jarraitu nahi dituzten umeei **elikadura ohiturak aztertzea** derrigorrezkoa da, ezkutututako elikadura asalduraren bat ez dagoela egiaztatzeko.
- Bularreko umeen kasuan, nutrizio egoera egokia bermatzeko, amek jarraitzen duten elikadura ezagutu beharko da.
- Aldian-aldiko **odol analisiak** elikagai-mailen monitorizazioa egiteko beharrezkoak dira (behintzat, **6 hilabetero**).

Osasuna El Pilar auzoan ibiltzen da

Maria Isabel Sarriegui Karrera, Ana Isabel Perez Aguiar, Aritz Delgado Yañez. La Habana-Cuba Osasun Zentroa

Sarrera

Gasteizko Udalaren datuen arabera, El Pilar auzoko populazioan % 38ak 65 urtetik gora daukate. Bakardadea, indibidualismoa, gizarte-bazterketa, sedentarismoa... adineko pertsonen kalte egiten dioten egoerak dira, gizarte-sare egoirik ez dutelako. Egoera horiei aurre egiteko, El Pilar auzoko osasun eta gizarte zerbitzuek egoera horretatik atera eta auzoan duten presentzia berreskuratzeko programa bat garatu dugu.

Helburuak

- Auzoko zerbitzuetara joaten ez diren adineko pertsonak identifikatzea, eta zehazki, haien bizi-kalitatea hobetzen lagun dezaketenetara.
- Bizimodu osasungarria jorratzea, garapen personal, social eta erlazioaren bidez eta hautemandako behar zehatzeis erantzuna ematez.

Emaitzak

Parte hartzaileek, aldi berean, antzeko premiak dituzten adineko beste pertsona batzuk erakarri dituzte: ehuntzeko biltzen diren emakumeak, adinekoen zentroetako topaketak, osasun-parkeak... beste programak ezarriz.

Metodoak

Programa komunitarioak auzoko eragileen lan koordinatu eta bateratua eskatzen du besteak beste: La Habana Osasun Zentroa, El Pilar Gizarte Etxea, Adinekoen Zentro Soziokulturala, Francisco de Vitoria institutua...

Bada, programa honetan, astean behin bertaratuko dira auzoko elkarte eta txoko desberdinetara, arratsaldean, 7 astez. Programak diptiko bat du, eta lehen eguneko tailerren parte hartzen dutenei ematen zaie. Bertan, astero erronka bat ezartzen da tailerrean landutako gaiarekin lotuta.

Hauguztia begirale batek dinamizatzen du, saioak egiten diren lekuetara joaten lagunduz eta harremanak ezartzeko lehengo pausoak emanez.

Ondorioak

Gure erabiltzaile batzuen egoera sozio-sanitarioa hobetzeaz gain, parte hartu dugun osasun zentrotako langileoi, auzoko beste baliabide batzuekin loturak ezartzeko eta indartzeko balio izan digu programak.



Osasun profesionalen genero kontzientzia eta sexismo mailaren eragina minaren balorazioan

SARRERA ETA HELBURUAK

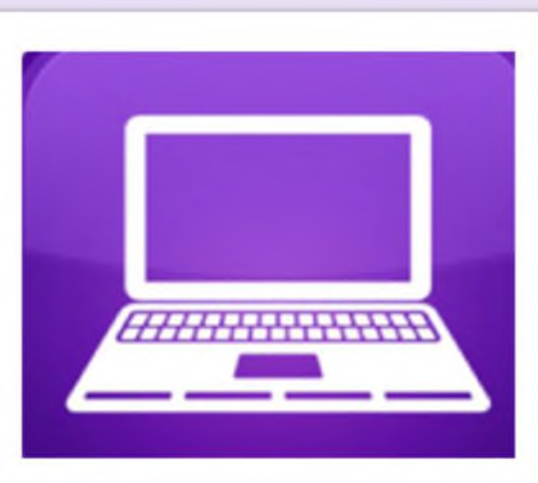
Osasun profesionalok emakumezkoen minari gizonetzkoen minari baina legitimazio murriztagoa eskaintzen diogula adierazten dute datuek, baita analgesiko gutxiago administratzen dizkiegula eta era berantiarrean ematen dizkiegula ere. Hori dela eta, gure lanaren helburua ikerketa pilotu baten bidez Euskal Autonomia Erkidegoko osasun profesionalok kasu kliniko birtual batekiko erakusten duten min-legitimazio eta sexismo maila baloratzea da, baita genero kontzientzia (N-GAMS) eskala balidatzea ere. Era berean, min-legitimazioa, sexismoa eta genero kontzientziaren arteko erlazioa pazientearen sexuren arabera aztertu da.

METODOA



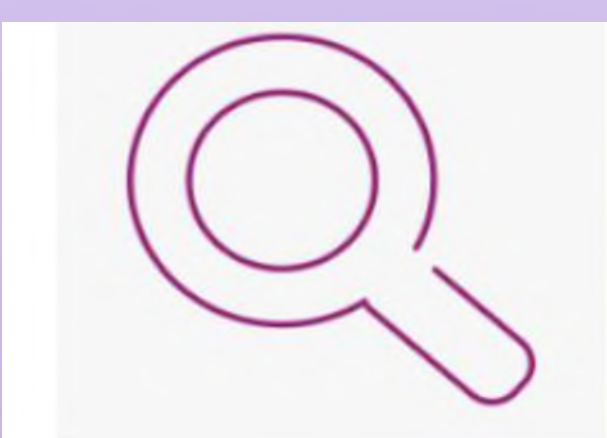
LAGINA

Laurogei osasun profesional (67 erizain, 33 mediku).



ONLINE GALDETEGIA

- **Min legitimazioa** Kasu klinikoa Bernardes eta Limaren (2011), ikerketan oinarrituta. Launa itemeko lau azpieskalez osatua. Azpieskalak: 1. Arreta emateko prestutasuna; 2. Sortutako ezintasuna; 3. Minaren atribuzio psikologikoak; 4. Minaren sinesgarritasuna.
- **Lau kasu kliniko desberdin**, partaide bakoitzari ondorengo kasu klinikoetako bat egokitu zitzaion:
 - 1) Lumbalgia kronikoa duen gizona, patologia ebidentziarik gabe.
 - 2) Lumbalgia kronikoa duen emakumea, patologia ebidentziarik gabe.
 - 3) Lumbalgia kronikoa duen gizona, patologia ebidentziarekin (hernia diskala).
 - 4) Lumbalgia kronikoa duen emakumea, patologia ebidentziarekin (hernia diskala).
- **Genero kontzientzia eskala:** Nijemen Gender Awareness Gender Scale (N-GAMS) (Verdonk et al., 2008). Sensibilitate (14 item) eta genero ideologia (11 item) azpieskalez osatuta.
- **Sexismoa:** Ambivalent Sexism Inventory (ASI) (12 item) eta Ambivalence Towards Men Inventory (AMI) (12 item) (Glick eta Fiske, 1998).



DATUEN ANALISIA

- N-GAMS eskala balidatzea. Barne-balioa eta kanpo-balioa.
- Min legitimazioaren N-GAMS azpieskalen eta sexismo eskalen arteko erlazioak.

EMAITZAK

Min-legitimazioa, genero kontzientzia eta sexismoaren arteko korrelazioak

Sexismo eta genero estereotipo mailak zenbat eta altuagoak izan, orduan eta sinesgarritasun gutxiago eta arreta emateko prestutasun gutxiago eskaintzen diote osasun profesionalok emakumezko pazienteari. Gizonetzko pazientearen kasuan beriz, sexismo eta estereotipo mailek ez dute eraginik minaren legitimazioan, ezta gizonen aurkako sexismo espezifikoak ere.

♀	NGAMS	NGAMS	ASI	ASI	ASI	AMI	AMI	AMI
	Sensibilitatea	Ideologia	SH	SB	Totala	SH	SB	Totala
Min legitimazioa	-0,01	-0,37*	-0,29	-0,34	-0,38*	-0,26	-0,59***	-0,40*
Atribuzio psikologikoak	-0,10	-0,05	-0,27	-0,20	0,15	0,09	-0,24	-0,01
Sortutako ezintasuna	-0,23	-0,21	-0,18	-0,20	0,26	-0,27	-0,42*	-0,31
Arreta emateko prestasuna	-0,04	-0,38*	-0,37*	-0,37*	-0,44*	-0,24	-0,63**	-0,41*
Sinesgarritasuna	0,28	-0,46**	-0,09	-0,37*	-0,27	-0,41*	-0,28	-0,41*
♂	NGAMS	NGAMS	ASI	ASI	ASI	AMI	AMI	AMI
	Sensibilitatea	Ideologia	SH	SB	Totala	SH	SB	Totala
Min legitimazioa	0,17	-0,25	-0,23	-0,05	-0,12	0,04	-0,05	0,03
Atribuzio psikologikoak	0,01	-0,11	-0,13	-0,07	-0,06	-0,13	-0,12	-0,10
Sortutako ezintasuna	-0,01	-0,25	-0,15	-0,12	-0,09	-0,07	-0,11	-0,11
Arreta emateko prestasuna	0,06	-0,16	-0,13	0,01	-0,06	-0,13	-0,06	-0,12
Sinesgarritasuna	0,26	-0,26	-0,17	-0,04	-0,07	0,22	0,01	0,18

Nota. Goiko taulan, korrelazioak agertzen dira, kasu klinikoa emakumezko paziente batena denean; beheko taulan, beriz, gizonetzko paziente batena denean.

$p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$

N-GAMS eskala balidatzea

- Barne-balioa: Alfa de Cronbach indizeak (α) 0,80, 0,89 izan ziren, hurrenez hurren, N-GAMS eskalaren Sensibilitate eta Ideologia azpieskalentzako.
- Kanpo-balioa: N-GAMS azpieskalen eta sexismo-ambibalentearen eskalen artean Spearman korrelazioak kalkulatu ziren. Spearman korrelazioen emaitzetan Ideologia azpieskalak erlazio positiboa, estatistikoki esanguratsua eta neurritzkoa izan zuen sexismo eskala guztiekin.

ONDORIOAK



7. Aurkibideak

Aurkibide osoa

1. Hitzaurrea	5
2. Egitaraua	7
3. Hitzaldiak.....	9
3.1. Ageing-on: ariketa fisikoa zahartzaroan	9
<i>Jon Irazusta Aztiazaran</i>	
3.2. EfiKronik ikerkuntza programa: gaixotasun kronikoa dituzten gaixoentzat ariketa fisikoaren eraginkortasuna.....	15
<i>Nere Mendizabal Gallastegui</i>	
3.3. Udal musika eskola bateko dantza jarduera erorikoen prebentziorako: adinekoei zuzendutako eskuhartzea.....	23
<i>Maialen Araolaza Arrieta</i>	
3.4. Historia klinikoak euskaraz	27
<i>Adrian Zelaia Nuñez</i>	
3.5. Itzulbide	33
<i>Olatz Perez de Viñaspre</i>	
3.6. Kiva programa finlandiarra.....	39
<i>Ainara Nuñez Azkorra</i>	
3.7. Eskola jantokiak: tokiko garapena.....	45
<i>Patxi Gaztelumendi</i>	
3.8. Erresilientzia eta CSE. Nerabeen arazoe mozionalei aurre egiteko entrenamendua	47
<i>Iñaki Kerexeta Lizeaga</i>	
3.9 Mugikorren erabileraren arriskuak	53
<i>Rakel Gamito Gomez</i>	
4. Ahozko komunikazioak.....	59
4.1. Goldberg-en Antsietate eta Depresio Eskala: euskarazko egokitzapenaren ikerketa pilotua	59
<i>Joanes Lameirinhas Ortuoste</i>	
<i>Arantxa Gorostiaga Manterola</i>	
4.2. Marshallen Sindromea: lehen mailako arretako pediatria kontsulten erronka.....	61
<i>Beñat de Alba Iriarte</i>	
<i>Noelia Lopez Barba</i>	
<i>Maria Milagros Lorente Molina</i>	
<i>Jesus Barado Hualde</i>	
4.3. Alzheimerren gaixotasunaren garrantzia Down sindromean	63
<i>Miren Altuna Azkagorta</i>	

Aurkibide osoa

	<i>Maria Carmona Iragui</i>	
	<i>Bessy Benejam Paul</i>	
	<i>Laura Videla Toro</i>	
	<i>Isabel Barroeta Espar</i>	
	<i>Juan Fortea Ormaechea</i>	
4.4. Episiotomiaren prebentzioan erabiltzen diren metodo desberdinen eraginkortasuna: berrikuspen sistematikoa.....		65
	<i>Ane Hormaetxea Amarika</i>	
	<i>Olatz Amundarain Agiriano</i>	
	<i>Iraia Bidaurreazaga Letona</i>	
	<i>Iratxe Duñabeitia Usategui</i>	
4.5. Elkarrekin hazten: babesten duen sarea		67
	<i>Itsaso SexmiloAyarra</i>	
	<i>Amaia Lucambio Larrechea</i>	
	<i>Uxue Seminario Fonseca</i>	
	<i>Sonia Vizcay Urrutia</i>	
	<i>Nerea Arza Lopez</i>	
	<i>Maite Ayarra Elia</i>	
4.6. Elkarrizketa motibazionalak gehiegizko pisua duten pazienteei lagun diezaike?		69
	<i>Itsaso Palacios Rodríguez</i>	
	<i>Idoia Iturbe Telleria</i>	
	<i>Iratxe Urkia Susin</i>	
	<i>Edurne Maiz Aldalur</i>	
	<i>Eva Pereda Pereda</i>	
4.7. Ibilera abiadura funtzionaltasun galera adierazle komunitateko emakume adindu aktiboetan.....		71
	<i>Iraia Bidaurreazaga Letona</i>	
	<i>Javier Ibarbia Jimenez</i>	
	<i>Igor Lauzirika Aransolo</i>	
	<i>Izaro Esain Castañares</i>	
	<i>Iratxe Duñabeitia Usategui</i>	
	<i>Susana M. Gil Orozko</i>	
4.8. Mutualia Gaztea		73
	<i>Jon Irizar Huguet</i>	
	<i>Veronica García Fonseca</i>	
4.9. Elkarlanean jositako informazioa, prebentziorako tresna		75
	<i>Ainara Gorostitzu Muxika</i>	
4.10. Ohitura osasuntsuak eskola batean, gurasoen eta haurren ikuspuntua: ikerketadeskriptiboa.....		77
	<i>Garazi Leanizbarrutia Alonso</i>	
	<i>Antxon Apiñaniz Fernandez</i>	
	<i>Raquel Cobos Campos</i>	
	<i>Arantza Saez de LafuenteMoringo</i>	
	<i>Felipe Aizpuru Barandiaran</i>	
	<i>Naiara Parraza Diez</i>	

5. Posterrak.....	79
5.1. GIBa prebenitzeko xiringak trukatzeko programa Euskadiko farmazia komunitarioetan	
<i>Ainhoa Oñatibia Astibia</i>	
<i>Arantxa Arrillaga Arrizabalaga</i>	
<i>Antonio Arraiza Armendariz</i>	
<i>Maria Luisa Martínez Garcia</i>	
<i>Sonia Sanz Olmos</i>	
5.2. Farmazia komunitarioa, GIB eta Sifilisen prebentzioan eta diagnostiko goiztiarrean inplikaturako osasun-baliabide gisa	81
<i>Ainhoa Oñatibia Astibia</i>	
<i>Arantxa Arrillaga Arrizabalaga</i>	
<i>Antonio Arraiza Armendariz</i>	
<i>Maria Luisa Martínez Garcia</i>	
<i>Sonia Sanz Olmos</i>	
5.3. Snoezelen terapiak gehiegizko alkohol kontsumoaren kalteetarako dakartzan onurak ...	83
<i>Irantzu Rico Barrio</i>	
<i>Nagore Puente Bustinza</i>	
<i>Ianire Buceta Salaza</i>	
<i>Izaskun Elezgarai Gabantxo</i>	
<i>Pedro Grandes Moreno</i>	
<i>Janire Rojas Caño</i>	
5.4. Laneko joan-etorrien ondoriozko laneko lesioak murrizteko tresnak	85
<i>Jaione Fernández Landa</i>	
<i>Gonzalo Arroyo Díaz</i>	
<i>Marta Valencia Asso</i>	
<i>Alberto Sainz de la Maza Orio</i>	
5.5. Gulloren Sindromea. Zer da? Kasu kliniko pare baten aurkezpena	87
<i>Beñat de Alba Iriarte</i>	
<i>Noelia Lopez Barba</i>	
<i>Maria Elena Redin Sarasola</i>	
<i>David Monzon Casado</i>	
5.6. Hook efektua: immuno-saioen eragozpena, emaitzen zuzenketa eta osasunaren prebentzioa	89
<i>Beñat de Alba Iriarte</i>	
<i>Noelia Lopez Barba</i>	
<i>Edurne Bereciartua Urbieta</i>	
<i>Adolfo Garrido Chercoles</i>	
5.7. Metanol intoxikazioa: diagnostiko kliniko eta analitiko eta tratamendu azkarren beharra	91
<i>Beñat de Alba Iriarte</i>	
<i>Noelia Lopez Barba</i>	
<i>Eva Lorea Gil Rodriguez</i>	
<i>Maria Asuncion Vives Almandoz</i>	
5.8. Elkarrekin hazten	93
<i>Uxue Seminario Fonseca</i>	

Aurkibide osoa

<i>Amaia Lucambio Larrechea</i>	
<i>Itsaso Sexmilo Ayarra</i>	
<i>Maria Regina García Hernandez</i>	
<i>Nora Torregrosa Benedé</i>	
<i>Maite Ayarra Elia</i>	
5.9. Bazterketa dietak haurtzaroan. Osasungarriak? Elikadura-osagarrien menpekoak?95	
<i>Irene Vadillo Álvarez</i>	
<i>Maite Goicoechea Irigaray</i>	
<i>Anabel Escolano Burgo</i>	
<i>Ainhoa Gondra Sangroniz</i>	
<i>Emilio Jesús Aparicio Guerra</i>	
5.10. Osasuna El Pilar auzoan ibiltzen da97	
<i>Maria Isabel Sarriegui Carrera</i>	
<i>Ana Isabel Perez Aguiar</i>	
5.11. Berdin artatzen al ditugu pazienteak emakumezkoak ala gizonezko izan?99	
<i>Sara Prego Jimenez</i>	
5.12. Gainpisua eta obesitatea duten haurren gorputz irudiaren pertzepzioa aztertzen.101	
<i>Oihane Agote Uria</i>	
<i>Idoia Iturbe Telleria</i>	
<i>Edurne Maiz Aldalur</i>	
<i>Eva Pereda Pereda</i>	
6. Posterrak irudietan..... 103	
7. Aurkibideak: osoa eta egilez egile..... 111	

Aurkibidea egilez egile

Agote Uria, Oihane.....	101
Aizpuru Barandiaran, Felipe.....	77
Altuna Azkagorta, Miren.....	63
Amundarain Agiriano, Olatz.....	65
Aparicio Guerra, Emilio Jesús.....	95
Apiñaniz Fernandez, Antxon.....	77
Araolaza Arrieta, Maialen.....	23
Arraiza Armendariz, Antonio.....	79
Arraiza Armendariz, Antonio.....	81
Arrillaga Arrizabalaga, Arantxa.....	79,81
Arroyo Díaz, Gonzalo.....	85
Arza Lopez, Nerea.....	67
Ayarra Elia, Maite.....	67,93
Barado Hualde, Jesus.....	61
Barroeta Espar, Isabel.....	63
Benejam Paul, Bessy.....	63
Bereciartua Urbietta, Edurne.....	89
Bidaurrezaga Letona, Iraia.....	65,71
Buceta Salaza, Ianire.....	83
Carmona Iragui, Maria.....	63
Cobos Campos, Raquel.....	77
de Alba Iriarte, Beñat.....	61,87,89,91
Duñabeitia Usategui, Iratxe.....	65,71
Elezgarai Gabantxo, Izaskun.....	83
Esain Castañares, Izaro.....	71
Escolano Burgo, Anabel.....	95
Fernández Landa, Jaione.....	85
Fortea Ormaechea, Juan.....	63
Gamito Gomez, Rakel.....	53
García Fonseca, Veronica.....	73
García Hernandez, Maria Regina.....	93
Garrido Chercoles, Adolfo.....	89
Gaztelumendi, Patxi.....	45
Gil Rodriguez, Eva Lorea.....	91
Goicoechea Irigaray, Maite.....	95
Gondra Sangroniz, Ainhoa.....	95
Gorostiaga Manterola, Arantxa.....	59
Gorostitzu Muxika, Ainara.....	75
Grandes Moreno, Pedro.....	83
Hormaetxea Amarika, Ane.....	65

Egileen aurkibidea

Ibarbia Jimenez, Javier	71
Irizar Huguet, Jon	73
Iturbe Telleria, Idoia	101
Iturbe Telleria, Idoia	69
Jon Irazusta Aztiazaran.....	9
Kerexeta Lizeaga, Iñaki	47
Lameirinhas Ortuoste, Joanes	59
Lauzirika Aransolo, Igor	71
Leanizbarrutia Alonso, Garazi	77
Lopez Barba, Noelia.....	61,87,89,91
Lucambio Larrechea, Amaia	67,93
M. Gil Orozko, Susana	71
Maiz Aldalur, Edurne	69,101
Martínez Garci, Maria Luisa	79,81
Mendizabal Gallastegu, Nere	15
Milagros Lorente Molina, Maria	61
Monzon Casado, David.....	87
Nuñez Azkorra, Ainara.....	39
Oñatibia Astibia, Ainhoa.....	79,81
Palacios Rodríguez, Itsaso	69
Parraza Diez, Naiara	77
Pereda Pereda, Eva	69, 101
Perez Aguiar, Ana Isabel.....	97
Perez de Viñaspre, Olatz	33
Prego Jimenez, Sara	99
Puente Bustinza, Nagore	83
Redin Sarasola, Maria Elena	87
Rico Barrio, Irantzu.....	83
Rojas Caño, Janire	83
Saez de LafuenteMoringo, Arantza	77
Sainz de la Maza Orio, Alberto	85
Sanz Olmos, Sonia	79,81
Sarriegui Carrera, Maria Isabel.....	97
Seminario Fonseca, Uxue	67,93
Sexmilo Ayarra, Itsaso	67,93
Torregrosa Benedé, Nora	93
Urkia Susinm Iratxe	69
Vadillo Álvarez, Irene	95
Valencia Asso, Marta.....	85
Videla Toro, Laura	63
Vives Almandoz, Maria Asuncion	91
Vizcay Urrutia, Sonia	67
Zelaia Nuñez, Adrian	27

Babesleak

