

Amaia Bacigalupe Osasun Publikoan doktorea EHUko OPIK ikerketa taldeko kidea da. Gizarte eta Osasun Zientzietako ikertzaileek osatutako taldea da eta aztergai ditu populazioaren osasunean eta gaixotasunetan eragiten duten faktore sozialak, osasun mailako desparekotasunak eta osasuna hobetzeko faktore sozial erabakigarriak eraldatzeko politikak. Orain gutxi ezagutzera eman duten ikerketa batek ondorioztatu du depresio eta antsietate

diagnostikoak emakumezkoen artean gizonezkoen artean baino ohikoagoak direla eta psikofarmakoen kontsumo «nabarmen handiago» bat dutela. Errealitate horren atzean dagoenaz eta egon daitekeenaz hitz egin du GAUR8rekin.

Depresioa eta antsietatea maizago diagnostikatzen zaie emakumezkoei gizonezkoei baino, zergatik?

Ondo ulertu behar da zer izan den topatu duguna eta zertan ezberdintzen den genekienarekin. Orain arte oso emaitza errepikakorra izan da nazioarteko literatura zientifikoan

emakumeok gizonek baino buruko osasun okerragoa daukagula eta horren adierazle da zenbat depresio eta antsietate diagnostiko egiten zaizkigun. Horren atzean gauza pilo bat egon daiteke. Guk zehatz-zehatz analizatu duguna izan da emakumeei eta gizonei egiten zaizkien diagnostiko kopurutik zer parte ez litzatekeen gertatu beharko edo, beste modu batean esateko, zein neurritan diagnostikatzen zaien emakumeei behar luketena baino maizago, gizonekin konparatuta; eta aurkitu dugu emakumezkooi gure osasun mentalak eskatzen duena baino

«Genero desparekotasunak, bai diagnostikoaren intentsitatean bai psikofarmakoen preskripzioaren intentsitatean, askoz agerikoagoak dira gizarte maila baxuetan»

askoz ere maizago diagnostikatzen digutela depresioa eta antsietatea. Zein da irakurketa? Gure ustez eta beste ekarpen batzuetan oinarrituta –agian ekarpen horiek ez dute justu gai hori aztertut, baina kontuan hartzen ditugu tresna teoriko gisa, bai teorikoki edo perspektiba feministatik mahai gainean jartzen duten guztiagatik–, hor gertatzen ari dena da emakumeen osasun mentalaren medikalizazioa, hau da, askoz ere modu errazago eta arinago batean ematen dizkigutela mota horretako diagnostikoak eta, gure osasun mentala zein den kontuan hartuta, askoz psikofarmako gehiago preskribatzen dizkigutela.

Zer dago horren atzean?

Ziurrenik, alde batetik, emakumeen osasun orokorra eta mentala, bereziki, nahiko medikalizatua dagoela eta horretan generoak asko azaltzen du, zeren askoz errazagoa da gizonezkoekin konparatuta sintomak adierazten dituen emakume bati depresioa eta antsietatea diagnostikatzea, suposatzen delako sintoma horiek feminitatearen identitatearekin askoz ere lotuago daudela: triste egotea, negar egitea... Horri erantsi beharko litzaioke beste emaitza interesgarri bat, genero desparekotasunak, bai diagnostikoaren intentsitatean bai psikofarmakoen preskripzioaren intentsitatean, askoz agerikoagoak direla gizarte maila baxuetan. Hau da, hori guztia ikasketa mailaren eta klase sozialaren arabera ikertu dugunean ikusi dugu gauza kuriooso bat eta ez hain kuriooso, bestalde: genero desparekotasun hori oso-oso markatua da gizarte maila baxuko populazio-



Aritz LOIOLA | FOKU

«Emakumeoi gure osasun mentalak eskatzen duena baina askoz maizago diagnostikatzen digute depresioa eta antsietatea»

en artean. Gauza bera gertatzen da adinarekin, genero desparekotasun hori askoz markatuagoa da adineko populazio horietan. Ordea, gazteen artean, ez da desparekotasuna desagertzen, baina askoz txikiagoa da.

Errepikatzen den joera da.

Bai, OPIKen asko ikertu dugu gizarte egiturak eta gizarte egituraren pertsonok okupatzen ditugun posizioek zer-nolako erlazioa daukaten osasunarekin, osasun arretarekin eta abarrekin, eta aurkikuntza oso sistematikoa da: zenbat eta gizarte maila baxuagokoa izan –eta berdin dio zein desparekotasun ardatz hartzen den kontuan, emaitza beti berdintsua da– orduan eta okerragoa zure osasuna, bai osasun mentala, fisikoa, arazo kronikoak, bizi itxaropena... Eta egia da emakumezkook bizi itxaropen luzeagoa daukagula, baina gure osasuna askoz okerragoa da, eta hori oso modu sistematikoan ikusten da –berdin dio zein adierazle erabiltzen den– hemen eta ikertu den edozein lekutan.

Neurriz kanpo daude patologizatuak ondoezak?

Bai, baina horrek ez du zerikusirik generoarekin. Azken urteetan hainbat prozesu paralelo eman dira zeinen ondorioz bizitza erabat medikalizatu den. Orain dela ez hainbeste, agian baliabide komunitarioetan, bai familian, bai parekoekin, bai auzotan... konpontzen eta askatzen genituen korapilo eta ezinegon asko. Errua ez diogu leporatu behar medikuntzari bakarrik. Uste dut hainbat faktore egon direla, hala nola “big pharma” industria hori jo eta ke aritzea merkatu nitxoak topatu nahian...

Gero, gizartean balore aldaketa izugarriak egon dira, berehalakotasuna, ahulezia modu normal batean ezin azaleratzea... Profesionalei oso erantzun azkarrak eta errazak eskatzen dizkiegu gure egunerokotasunarekin jarraitzeko, eta horien artean erantzun farmakologikoak. Fenomeno orokor bat izan da eta generoarekin gurutzatzen badugu hori eta batez ere osasun mentalarekin, emakumezkoak askoz zaurgarriagoak irten gara ekuazio horretan, askoz gehiago medikalizatu dira.

Osasun sistemaren gabezia bat da ondoezei irtenbide farmakologikoa ematea eta ez bestelako arreta bat?

Lehen arretako zortzi-hamar minutuko kontsulta batean emakume bat hasten bada barruan duen guztia kontatzen saiatzen, ziurrenik medikuak egin dezakeen gauza bakarra lorazepama preskribatzea da. Egia da psikoterapian oinarritutako arreta askoz eskuragarriagoa izango balitz, ziur asko farmakoen kontsumoaren goranzko joera horri modu batean buelta eman ahalko geniokeela, baina, finean, arreta psikologikoak eta arreta medikoak filosofia beretik edaten dute. Agian ez duzu lorazepam bat hartuko gauero, baina terapia batera joan behar izanez gero ere mendekotasun bat sortzen da, eta hori medikalizatzeke beste era bat da, ez zentzu literal batean baina bai zentzu zabalago batean.

Azkenean, atzean eta atzetik arazo mental hori sortu duten hainbat kondizio estrukturalak ez diegu heltzen, hori argi dago, nahiz eta Osakidetzan ez dakit zenbat psikologo jarri. Ez dut esan nahi hori ez dela beharrezkoa, baizik eta hori ez

dela inondik inora nahikoa. Zer beharko genuke? Ahal dugun neurrian kontsulta klinikoan ematen diren joera horiek ezabatu edo orekatzea –eta hori ziurrenik etorriko da profesionalen formakuntzarekin, kontzientziazioarekin...– eta hain medikoak ez diren beste terapia mota batzuk areagotzea.

Uste dut badaudela beste bi espazio askoz gehiago landu behar ditugunak: arlo komunitarioa eta arlo estrukturala. Espazio komunitarioan saiatu behar dugu; esperientzia politika daude jada, emakumeak partekatzen hasteko, “laguntza edo parekoen taldeak”... baina ikuskera feminista batetik, ez zuk niri zer sentitzen duzun kontatzea eta maila indibidual horretan interpretatzea; aitzitik, zuk kontatu niri zergatik zauden txarto, nik kontatuko dizut zergatik nagoen txarto eta bion artean, modu sinplista batean esateko, eta konturatuko gara badagoela erlazioa, bai zurea eta bai nirea eta nire auzokidearena eta nire ahizparena desparekotasun egoera batzuen ondorio direla. Hori herriz herri ari da ehuntzen, eta parte hori oso inportantea da. Gero, espazio estrukturala dago. Administrazioek genero desparekotasunak txikitzeke egiten duten edozein politika, lan merkatuan, hezkuntzan, biolentzian... genero arrakala txikitzen duen edozein gauza iritsiko da ziur aski maila kliniko horretara, eta emaitzak hobetzen doazela ikusiko dugu. Uste dut hiru espazio horiek aldi berean uztartu behar direla gaiari modu eraginkor eta justu batean nahi badiogu aurre egin.

Hausnartzeko espazioak arlo klinikoan, zer dira?

AMAIA BACIGALUPE

EHU-KO IKERTZAILEA

Osasunean eragiten duten gizarte faktoreak ikertu, ebidentziak azaleratu eta horiei aurre egiteko politikak planteatzeko dituzten OPIK ikerketa taldeak.

Amaia Bacigalupek azken ikerketa

horietaz hitz egin du GAUR8rekin.

Nerea Goti

Lehen arretako medikuekin eta erizainekin, baina batez ere medikuekin, gizarte desparekotasunei eta generoari lotutako formakuntza saio bat egiten dugu urtero. Konturatzen zara fakultateko formakuntza horretan eredu biomediko oso gordin eta estu bat dagoela, eta horrek esan nahi du sozialki eta politikoki erabateko deskontestualizazioa dagoela, eta hori arazo larri bat da profesionalen formakuntzan. Esaten didate horrelako espazioak zein beharrezkoak izango liratekeen. Nik datuak eta kontatzen ari naizen honen antzeko pelikula kontatzen diet, baina gero haiei ematen diet espazioa eta euren artean partekatzen dituzten esperientziei erreparatuz konturatzen dira askotan ez direla gai izan ikusteko esku artean zeukaten kasua, horri ez ziotela eman behar erantzun biomediko bat, beste gauza bat behar zela, eta zein inportantea den testuinguru soziala ulertzeko, eta batez ere haiek profesional moduan dituzten hainbat frustraziori aurre egiteko, zeren haiek ere eskuak lotuak sentitzen dituzte askotan: ez denborarik, ez formakuntzarik... Inportantea da oraindik oskol biomediko hori nahi badute, hura ahal duten heinean apurtzeko espazioak sortzea eta medikuntza oso diziplina soziala dela ikustea, haiek uste dutena baino askoz gehiago. Baina horrek dakar konplikatzeari, bat-batean burua beste hainbat gauzetara zabaltzea, eta batzuetan egiturak ez die horretan laguntzen.

ESKU HARTZE POLITIKOAZ HITZ EGITEN DA. IKERKETAN ZER NEURRI POLITIKO HAR DAITEZKE?

Arestian aipatu ditudan hiru espazio ezberdin baina konek-



Aritz LOIOLA | FOKU

tatu horiekin lotuta, alderdi klinikoan, klinikoari dagokiona; komunitarioan, komunitarioari dagokiona; eta alde politiko-estruturalean, positiboa izango da gizarte eta genero desparekotasuna txikitzeko edozein politika publikok daukan inpaktua. Osasun sailetan zer-nolako politikak bideratu behar diren ere oso inportantea da. Osasun plana lau edo bost urtean behin argitaratzen da, orain ateratzear dago beste bat. Horiek guztiek genero ikuspegia izan behar dute

txertatuta, eta horrek zer esan nahi du? Ba behintzat eskuragarri dauden datu guztiak emakumeen eta gizonezkoen arabera bereizita egotea. Agian oso basikoa dirudi baina orain covid-19aren pandemian, gauza ez da hasieran datu batzuk bereizi gabe genituela, baizik eta zenbait hilabete geroago ez dela sexuaren araberako bereizketarik egiten. Politika bat ondo egin nahi baldin badugu eta gero zer efektu izan dituen ebaluatu, generoari lotutako monitorizazioa ezinbestekoa

da, eta hortik hasi behar dugu. Gure politikariek sinetsi behar dute horrek daukan garrantzia, eta gure testuinguruan ez gaude puntu horretan. Horrez gain, osasun politika orotan –izan txikiagoak, izan ikuspegi orokorragokoak– geure buruari galdetu beharko genioke: «Patologia horrek ezberdin eragingo die gizon eta emakumezkoei? Hipotesi hori posiblea da? Zer ebidentzia daukagu?» Ez baldin badaukagu, sortu egin beharko genuke, eta hala dela baldin badakigu,

«Politika bat ondo egin nahi badugu eta gero zein efektu izan duen ebaluatu, generoari lotutako monitorizazioa ezinbestekoa da, eta hortik hasi behar dugu. Gure politikariek sinetsi behar dute horrek daukan garrantzia, eta ez gaude momentu horretan»



jar ditzagun martxan ikuspuntu hori txertatuta duten esku hartzeak. Argi daukagu pertsona guztiekin esku hartze berbera egiten baldin bada, gizarte desparekotasunak areagotu egiten direla; hori askotan gertatu da, bakoitzak behar duenera bideratu behar du modu espezifiko batean. Bide luzea eta oso oparoa dugu, baina osasun sailetan izan ditugun agintariek ildo horretan, generoaren inguruko gaitan, ez dute batere sentsibilitaterik erakutsi.