

# Prisionizazio sekundarioa eta euskal presoen adineko gurasoen osasun mentala

Luixa Reizabal Arruabarrena, Iñaki Garcia Fernandez,  
Eneko Sansinenea Mendez, Ainize Sarrionandia Peña  
Euskal Herriko Unibertsitateko Psikologia Fakultateko irakasleak

Ikerketa honetan, urrun espetxeratutako euskal presoek adineko gurasoen prisionizazio sekundarioak —pertsona baten kartzelatzeak senideengan eragindako ondorio multzoa— osasun mentalean duen eragina aztertu da. Osasun mentala bi modutara neurtu da: psikopatologia-maila eta osasun mental positiboa aztertuz. Ikerketak bi helburu ditu: a) jakitea osasun mentalean alderik ote dagoen seme-alabak urrun kartzelatuta edo seme-alaba espetxeraturik ez duten gurasoen artean, eta b) presoek gurasoen artean, osasun mentalean alderik ote dagoen espetxerainoko distantziaren arabera. Emaitzek diote, batetik, presoek gurasoek psikopatologia altuagoa eta osasun mental positibo baxuagoa zutela, eta, bestetik, seme-alabak urrundutako gurasoek psikopatologia-maila altuagoa baina osasun mental positibo altuagoa zutela. Ondorioz, prisionizazio sekundarioak eragin kaltegarria du urrundutako euskal presoek adineko gurasoen osasun mentalean, eta kalte horrekin bukatzeko, beharrezkoa litzateke euskal presoekin erabiltzen den espetxe-politikan aldaketak egitea.

GAKO-HITZAK: Prisionizazio sekundarioa · Osasun mentala · Psikopatologia · Osasun mental positiboa · Euskal presoak.

## Secondary Prisonization and basque inmates older parents mental health

The present study shows the impact of Secondary Prisonization —the effects that imprisonment of a family member has on relatives— on mental health of elderly parents of Basque prisoners incarcerated in prisons located far away from their homes. In the study, mental health was evaluated as a composition of psychopathology levels and positive mental health. Results show that these parents had higher levels of psychopathology and lower levels of Positive Mental Health than those parents with no son or daughter imprisoned. When comparing parents with sons or daughters incarcerated close versus far from home, the latter present higher levels of psychopathology, but also higher levels of Positive Mental Health. Thus, it could be concluded that Secondary Prisonization implies a suffering for elderly parents with sons or daughters incarcerated in remote jails a suffering and, in consequence, that changes in the penitentiary policy are required in order to finish this situation.

KEY WORDS: Secondary prisonization · Mental health · Psychopathology · Positive mental health · Basque prisoners.

<https://doi.org/10.26876/uztaro.115.2020.5>

*Jasotze data:* 2019-12-13

*Onartze data:* 2020-03-04

## 1. Sarrera

Euskal jatorria duten presoen artean, badira espetxe-politika berezia pairatzen dutenak; hain zuzen ere, arrazoi politikoengatik espetxeratutakoak. Preso horien adineko gurasoen osasun mentalean seme-alaben urruntze-egoerak nola eragiten duen aztertzea da ikerketa honen helburua. Horretarako, *prisionizazio sekundarioaren* kontzeptuaz baliatu gara, hau da, seme-alaba espetxeratuta egoteak ekartzen dituen ondorioetan. Osasun mentalari dagokionez, kontzeptualizazio zabala erabili dugu: bi continuum-en eredia (Keyes, 2002), non osasun mentala bi dimentsio independente eta korrelazionatuetan oinarritzen den: psikopatologia eta osasun mental positiboa.

### 1.1. Prisionizazio sekundarioa

Seme-alabak bizilekutik urrun espetxeratuta izateak eragin kaltegarria izan dezake adineko senideen osasun mentalean. Comfort-ek (2003) prisonizazio sekundarioaren kontzeptua erabili zuen pertsona baten espetxeratzeak haren senideengan duen eragina izendatzeko eta horren baitan kokatu zituen, nahiz eta legez errugabeak izan eta kartzelatik kanpo bizi, pertsona horren senideek senide izate hutsagatik pairatzen dituzten eskubide- eta baliabide-murrizketak eta jasan ditzaketen ondorio psikosozial kaltegarriak.

Senide baten kartzelatzeak familiengan duen eragin psikologikoa dela-eta, bost eremu identifikatu dira (OSPDH Observatori del Sistema Penal i els Drets Humans, 2006): nahasmendu psikologikoak, afektibitatearekin zerikusia duten nahasmenduak (bakardadea, babesgabezia), norberaren irudi edo autoestimua gutxiespena, munduaren pertzepzio distortsionatua eta espetxe-erakundearekiko defentsa-gabezia eta etsaitasuna.

Prisionizazio sekundarioaren hainbat aspektu aztertu dituzte ikerketa bakan batzuek. Funtsean, gurasoen kartzelatzeak seme-alabengan eta bikotekideengan duen eragina aztertu da (Comfort, 2003; Murray, Farrington eta Sekol, 2012). Ikerketa bakarra aurkitu da seme-alabak kartzelan egoteak gurasoengan duen eraginari buruzkoa. Hain zuzen ere, Green *et al.*-ek(2006) seme helduak kartzelan egotea amen atsekabe psikologikoarekin erlazionatuta zegoela aurkitu zuten. Ikerketa hauek guztiak bizitokitik hurbil espetxeratuta egoteak senideengan duen eraginari buruzkoak dira, eta ez da topatu gaiaren inguruko literatura berrikustean, seme-alabak urrun espetxeratutako gurasoengan prisonizazio sekundarioaren ondorioak aztertzen dituen ikerketarik.

Berriki egindako ikerketa batean, beste datu batzuen artean, euskal presoan adineko gurasoen egoerari buruzko informazioa bildu da (Intxaurbe, Ruiz eta Urrutia, 2017). Urruntzeak familiengan duen eragina aztertu zen 14 subjektu elkarrizketatuz (gurasoak, bikotekideak, seme-alabak eta neba-arrebak). Ikerketa horrek agerian utzi zuen familiek jasaten duten sufrimendu eta urruntze-politikak oinaze berezia dakarkiola adineko senideei, beren bizi-gogobetetasuna hondatuz.

## 1.2. Osasun mentala

Prisionizazio sekundarioaren dimentsio zehatz bat aztertu da ikerketa honetan: urrundutako presoen adineko gurasoen osasun mentala. Tradizionalki, osasun mentala eta psikopatologia modu baliokidean erabili dira. Osasun mentalaren esparruan, depresio- eta antsietate-nahasmenduak dira prebalentzia handiena dutenak. OME Osasunerako Mundu Erakundearen arabera, 2015ean depresioak 322 milioi pertsonari eragin zion, munduko populazio osoaren % 4,4 (OME, 2017). Txosten horretan nabarmentzen da ere adineko pertsonak direla depresioa errazen pairatu dezaketenak, eta emakumezko deprimituek egoera berean dauden gizonezkoen bi halako osatzen dutela. Bestetik, zahartzaroak depresioaren gertaera areagotu dezaketen hainbat faktore dakar: osasunaren galera edo bikote eta lagunen galera, besteak beste (Alexopoulos, 2005). Euskal Herriko egoerari dagokionez, 2018an Osakidetza burututako «Euskal Osasun Inkesta» delakoan, 65 urtetik gorako gizonezkoen % 11,45ek eta emakumezkoen % 29,75ek sintoma depresibo nabarmenak izan zituzten (Osakidetza, 2018).

Adinak depresioa jasateko berez dakartzan aldagaiez gain, presoek adineko gurasoek aldagai erantsia dute: seme-alaba presoak, eta orain arte, behintzat, kasu gehienetan, urrun kartzelatuak. 2018ko urtarrilean, presoek % 70 600-1.100 km-ko distantzia batera zegoen, eta horrek bidaiak luzeak egitea eskatzen die adineko gurasoei. Kontuan izan behar da guraso horietako asko jada hainbat gaixotasun fisikoren bat nozitzen ari direla —gaixotasun kardiobaskularrak, digestiboak, urologiakoak edota osteopatiakoak, besteak beste—. Gaixotasun horiek bidaiak konplikatzeko dute: esaterako, batzuek dieta jakin bat jarraitu behar dutelako, beste batzuek sindrome prostatikoa edo gerneru-inkontinentzia dutelako. Ibilgailuan eserita eman beharreko ordu luzeek tronboflebitisaren arriskua areagotzen dute ere. Jakinarazi izan da arnas gutxiegitasuna duten guraso batzuek egin izan dutela espetxerako bidaiak oxigeno-botila ezarrita (Ettxerat, 2018).

Maila psikologiko eta neurologikoago batetik, presoek guraso adinekoenekin narriadura kognitibo handiagoa dute, eta espetxerako bidaiak antsietate eta desorientazio-maila handia dakarkie. Presoek lekualdatzeen arbitrariotasunak eta informazio faltak antsietatea eta estresa areagotzen diete guraso adinduei. Honengatik guztiatik, presoek adineko guraso batzuek seme-alaba bisitatzeari uko egin diote, mingarri-mingarria izanagatik ere (Intxaurbe *et al.*, 2017).

## 1.3. Osasun mentalaren ikuspegi bi

Gorago esan dugu osasun mentala eta psikopatologia modu baliokidean erabili direla: pertsona baten osasun mentala sintoma psikopatologikoen absentsian oinarritzen da. Orokorrean, gaixotasun jakinen —fisiko zein psikologikoak— sintomarik edo zeinurik ez badago, pertsona osasuntsu dagoela esango da (Friedman eta Friedland, 2000). Osasun mentalari dagokionez, gauza bera defendatu da: sintoma psikopatologikorik ez badago, banakoa mentalki osasuntsu dagoela esango da. Osasuna gaixotasunen absentsia gisa ulertzeari ikuspegi patogenikoa deitu izan zaio. Patogenesia oinarritzen da osasunaren ikuspegi hori, eta gaixotasunak

identifikatu ez ezik, haren helburua da jakitea horiek nola saihestu, maneiatu edo ezabatu (Haranburu eta Sansinenea, 2004).

1946an bezain goiz, OMEk osasunaren honako definizio berria proposatu zuen: «Osasuna ez da bakarrik gaixotasunetatik libre egotea, ongizate fisiko, psikologiko eta sozialeko egoera osoa baizik» (OME, 2014: 1). Berriki, OMEk osasunaren definizio orokorra osasun mentalaren esparrura egokitu du: «... ongizate-egoera bat da, non banakoak bere abileziak gauzatu, bizitzaren estres normalari jarki, lan emankorki egin eta bere komunitateari ekarpena egiteko gai den» (OME, 2005: 12). Definizio horiek osasun mentalaren ikuspegi salutogenikoa islatzen dute. Ikuspegi horrek osasuna eta haren determinatzaileak ezagutzea du helburu, eta osasun fisiko, mental eta soziala nola sortu, areagotu edo hobetu ezagutu nahi du (Antonovsky, 1979). Bestela esanda, ikuspegi patogenikoak galdetzen du: «Zerk eramaten du pertsona bat gaixorik egotera?»; ikuspegi salutogenikoak, berriz, «Zerk eramaten du pertsona bat osasuntsu egotera?» galdetzen du.

Ikuspegi salutogenikoaren lan aitzindari batean (Antonovsky, 1979) holokaustotik bizirik irtendako pertsonak aztertu ondoren, aurkitu zen horietako batzuk, egoera ikaragarri eta pentsaezinetatik igaro arren, ez zirela gaixorik; are gehiago, osasuntsu zeuden. Aurkikuntza horrek eraman zuen pentsatzera gaixotasuna sortzen duten faktoreak dauden bezala, osasuna sortzen duten faktoreak existitu behar direla.

Zeintzuk dira osasun mentala bultzatzen duten faktoreak? Psikologiaren esparruan, galdera horri erantzun askotarikoak eman zaizkio: Allport-en *heldutasuna* (Allport, 1963/1980), Maslow-en *autorrealizazioa* (Maslow, 1968/1995), edo Rogers-en *osotasunean funtzionatzen duen pertsona* (Rogers, 1959).

#### 1.4. Osasun mental positiboa

Orainsu, Keyes-ek (2002) osasun mentalaren dimentsio salutogenikoaren kontzeptualizazio neurgarri bat proposatu du: osasun mental positiboa. Ikuspegi horren arabera, osasun mentalaren alde salutogenikoak hiru osagai ditu: ongizate emozionala, psikologikoa eta soziala. Ongizate emozionalean biltzen dira pertsonak bizi dituen emozio positiboak eta oro har bizitzarekiko duen satisfazioa. Ongizate psikologikoak pertsonaren funtzionamendua aztertzen du, pertsonaren barne-kongruentziaren sei aspekturen arabera: a) auto-onarpena —banakoak bere buruaz duen onarpen-maila, b) besteekeko harreman positiboa —banakoak gertuko beste pertsonekin harreman goxoak eta konfiantzazkoak sortzeko duen gaitasuna—; c) autonomia —pertsonak bere helburuak autonomiaz burutu ahal dituen, alegia, besteen balizko presioei eusteko gai den—, d) ingurunearen menderakuntza —bere bizitzarako ingurune egoki bat sortzen jakin duen—, e) hazkuntza pertsonala —pertsona noraino bizi den sentiituz garapen etengabe batean bizi dela—, eta f) bizitzaren zentzua —noraino banakoak hautematen duen bere bizitzak zentzu eta esanahi sendoa duela— (Keyes, 2002).

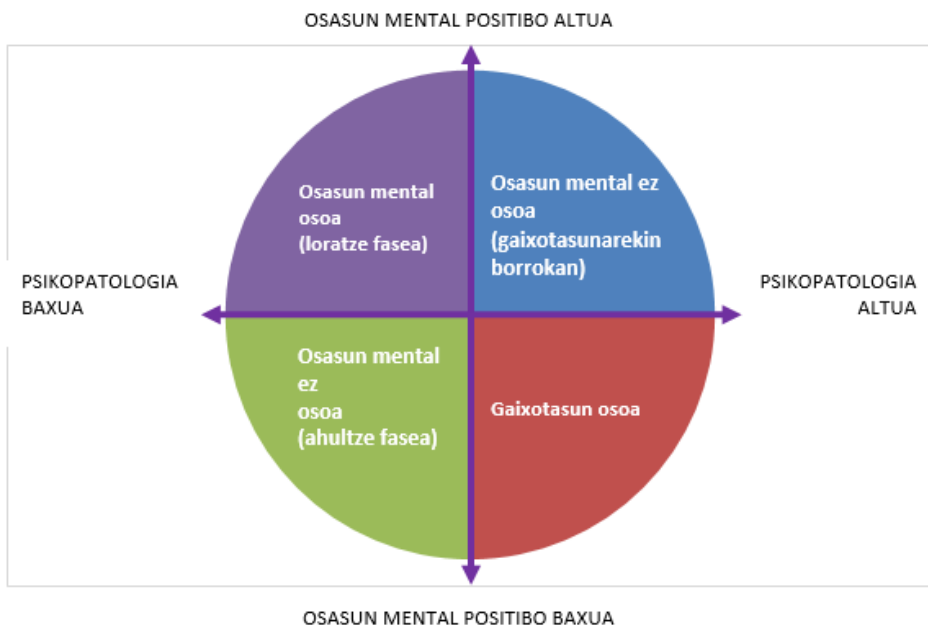
Ongizate sozialari dagokionez, pertsonaren eta gizartearen artean eratzen den erlazioaren bizipen subjektiboaren bost alderdi jasotzen dira: a) integrazio soziala —gizartearekiko pertsonak duen erlazioaren kalitatea—, b) ekarpen

soziala —jendartearentzat norberak duen balioaren pertzepzioa—, c) koherentzia soziala —gizartearen egitura eta funtzionamenduaren ulergarritasunaren eta aurre-esangarritasunaren pertzepzioa—, d) eguneratze soziala —jendartearen bilakaeraren eta potentzialtasunen ebaluazio subjektiboa— eta e) onarpen soziala —gizartearen ideia besteen izaera eta ezaugarriak kategoriatan orokortuz hartuta, alegia, noraino hautematen diren besteak zintzo, adeitsu edo langile, esate baterako— (Keyes, 1998).

### 1.5. Osasun mentalaren bi continuum-en eredua

Zer erlazio dago osasun mentalaren dimentsio patogenikoaren eta salutogenikoaren artean? Keyesek osasun mentalaren bi dimentsioak biltzen dituen eredua proposatu du: bi continuum-en eredua (Keyes, 2005). Eredua horren arabera, osasun mentalak bi dimentsio izango lituzke: dimentsio psikopatologikoa eta osasun mental positiboaren dimentsioa. Bi dimentsio horiek elkarrengandik independente dira, alegia, faktore desberdinek sortzen dituzte bata eta bestea, eta horren ondorioz beren arteko erlazioa txikia da ( $-0.53$ ko korrelazioa lagin oso handia erabilitako ikerketa batean; hots, bi dimentsiook soilik bariantzaren % 28,1 partekatzen dute) (Keyes, 2005).

Bi dimentsiook korrelazio baxua izateak ondorio inportante bat dakar: elkarrekiko independenteak izatean, bien arteko edozein konbinazio eman ahal da pertsona batengan (ikus 1. irudia).



1. irudia. Bi continuum-en eredua (Keyesengandik (2005) moldatua).

Ezkerreko eta goiko laukian, sintoma psikopatologiko gutxi eta osasun mental positibo altuko pertsonak biltzen dira. Nabarmenki, egoera desiragarriena osasun mentalari dagokionez, «loratze-egoera» deitu dena ere. Egoera horren ifrentzua, beheko eta eskuineko laukiak ematen du, non multzokatzen diren sintoma psikopatologiko ugari eta osasun mental positibo baxuko pertsonak; multzo honi «gaixotasun osoa» deitu zaio. Ezkerreko beheko laukian, psikopatologia-maila baxua eta osasun mental positibo baxua luketen pertsonak biltzen dira. Pertsona horiek ez daude mentalki gaixorik, baina hala ere, ez daude ondo, ez baitute osasun mental positibo egokirik —hots, ez dute ongizate emozional, psikologiko eta sozial alturik—. Egoera horri osasun mentaleko «ahultze-egoera» deitu zaio. Azkenik, goiko eta eskuineko laukian, osasun mental altuko eta psikopatologia-maila altuko pertsonak kokatzen dira. Arestian deskribatutako ahultze-egoerarekin batera, lauki horretan ere psikopatologia eta osasun mental positiboa kontrako norabidean doazenez, osasun mental ez-osoko egoerak gisa izendatu dira. Azken kasu horretan, ordea, nahiz eta psikopatologia altua den, osasun mental positiboa altua denez ere, pertsona ez dago etsita edo adoregabetuta gaixotasunaren aurrean, eta horregatik dagokio «gaixotasunarekin borrokan» azpitu-lua.

## 2. Helburuak

Osasun mentalaren konstruktua ikerketa honetan nola ulertu den azaldu ondoren, lan honen helburu eta hipotesiak azalduko dira. Alde batetik, aztertuko da presoen adineko gurasoek zer-nolako aldeak dituzten osasun mentalaren bi osagaietan (psikopatologian eta osasun mental positiboan) populazio arrunteko subjektuekin alderatuta. Kontuan hartuta guraso horiek jasaten duten egoeraren gogorra, gure hipotesia da populazio arrunteko gurasoekin konparatuta, psikopatologia altuagoa eta osasun mental positibo baxuagoa erakutsiko dutela.

Bestetik, bigarren helburua da seme-alaben urruntzeak haien adineko gurasoen osasun mentalean nola eragiten duen ezagutzea. Presoen adineko gurasoak beren artean konparatu ditugu gai horretan: bisita egitera joateko bidaia egun batean egin dezaketen gurasoak (seme-alaba bizitokitik 400 km baino gertuago dutenak) eta bisita egitera joateko bidaia egiteko egun bat baino gehiago behar dituztenak (seme-alaba bizitokitik 400 kilometrotik gora duten gurasoak). Gure hipotesia da seme-alaba espeteratua dagoen kartzelarainoko distantziak eragingo duela adineko gurasoen osasun mentalean, hau da, zenbat eta distantzia handiagoa, orduan eta osasun mental baxuagoa (psikopatologia-maila altuagoa eta osasun mental positibo baxuagoa).

## 3. Metodoa

### 3.1. Lagina

Lagina 90 subjektuk osatu zuten, 59 emakumezko (% 65,6) eta 31 gizonezko (% 34,4), batez beste 71,9 urtekoak ( $DT=6,45$ ). Egoera zibilar dagokionez, gehienak ezkondu zuten (% 64,4), ia heren bat alarguna zen (% 27,8) eta gutxi batzuk

banandutakoak (% 4,4) edo ezkongabeak ziren (% 3,3). Subjektuen ikasketa-mailari dagokionez, gehienek oinarrizko edo bigarren mailako ikasketak zituzten (% 45,6 eta % 28,9, hurrenez hurren), gutxiago izanik goi-mailako ikasketak (% 17,8) edo ikasketarik ez zutenak (% 7,8).

Ikerketaren lehen helburua lortzeko, bi subjektu talde behar izan ziren. Batetik, seme-alaba espetxean zuten 65 urte edo gehiagoko gurasoak eta, bestetik, espetxean seme-alabarik ez zuten adin bereko gurasoak. Laginak lortzeko, ez-ausazko laginketa erabili zen.

Presoen gurasoek osatutako laginaren adierazgarritasunari dagokionez, ikerketa egin zen unean 254 ziren espetxe-urruntzea pairatzen zuten euskal presoak. Datu zehatzik ez dagoen arren, eta kontuan izanik preso askok guraso bakarra dutela, jo daiteke presoen gurasoen % 90ek bete dituela 65 urte edo gehiago (Etixerat, 2018). Hala, 228 inguru dira 65 urte edo gehiagoko gurasoak dituztenak, beraz, lortutako lagina aztertu nahi den populazioaren % 20 ingurukoa da.

Subjektu horien parte-hartzea lortzeko, euskal preso eta iheslarien senide eta lagunak biltzen dituen Etixerat elkartera jo genuen eta haiak izan ziren ikerketan parte hartzeko prest zeuden gurasoen kontaktuak lortu zizkigutenak. Pertsona horien seme-alabek batez bestez 13 urte zeramatzen kartzelan ( $DT = 4,65$ ), batez beste 674ko kilometrora ( $DT = 242,44$ ) dauden espetxeetan.

Espetxean seme-alabarik ez zuten 65 urte edo gehiagoko gurasoen taldea osatzeko, berriz, presoen gurasoen antzeko ezaugarriak zituzten pertsonak aukeratu ziren. Hala, lagina osatzen duten bi taldeen artean ez zen alde esanguratsurik aurkitu honako aldagai hauen arabera: adina [ $t(88) = -0,73; p = 0,46$ ], generoa [ $\chi^2(1, n=90) = 0,04; p = 0,82$ ], eta ikasketa-maila [ $\chi^2(1, n=90) = 0,57; p = 0,90$ ].

Bigarren helburua lortzeko, berriz, bi multzotan banatu zen presoen adineko gurasoen lagina: seme-alaba bisitatzeko joan-etorria egun berean egin dezaketen gurasoak (% 18, hots, seme-alaba etxetik 400 kilometro baino gertuago dagoen espetxean dutenak) eta bisita egun berean egiterik ez dutenak (% 82 seme-alaba 400 kilometro baino urrunago dagoen espetxean dutenak).

### 3.2. Prozedura

Ikerketa egiten hasi aurretik, UPV/EHUko Gizakiekin eta hauen lagin eta datuekin egindako ikerketei buruzko Etika Batzordera jo genuen, eta hark gure ikerketa-proposamena balioetsi egin zuen (M10/2018/167).

UPV/EHUko Etika Batzordearen balioespina lortu eta gero, galde-sortak pasatzeaz arduratuko zen taldea osatu genuen, lan horretarako propio prestatutako psikologoekin. Etixerat elkartearen bitartez ikerketaren parte-hartzaileak izango ziren adineko gurasoekin hitzordua egin zen. Galde-sorta bete baino lehen, parte-hartzaileek ikerketaren baimen informatua sinatu zuten. Subjektu bakoitzari bakarka pasa zitzaion galde-sorta bere etxean, eta horretarako batez beste 30 bat minutu behar izan ziren.

### 3.3. Aldagaiak eta tresnak

Honako aldagai hauek neurtu ziren:

Aldagai soziodemografikoak: parte-hartzaileei haien adina, generoa, egoera zibila eta ikasketa-maila galdetu zitzairen.

Depresioa. Depresioa neurtzeko *Beck Depression Inventory-Second Edition* (BDI-II) erabili zen (Beck eta Steer, 1987; gaztelaniazko bertsioa Sanz eta Vazquez, 2011). Depresio-sintoma askotarikoak neurtzen dituzten 21 itemek osatzen dute tresna hori; esaterako tristura, negarra, erruduntasun-sentimenduak, norbere buruaz beste egitearen inguruko ideiak, eta abar. BDI-IIan neurtzen diren sintomek bat egiten dute DSM-5 eta GNS-10 gidek depresio-nahasmenduak diagnostikatzeko dituzten irizpideekin (APA, 2014; OME, 1992). BDI-IIa osatzen duen item bakoitza 4 puntuko eskala batean erantzuten da (0-3), sintomaren larritasunaren arabera, 16 eta 18 itemak izan ezik (horiek 7 kategoria dituzte). Ebakitze-puntuak dagokienez, 0 eta 13 bitarteko puntuazioak gutxieneko depresioaren adierazle dira; 14-19 bitarteko puntuazioek depresio arina adierazten dute; 20-28 bitartean puntuatuz gero, depresio ertaina kontsideratzen da; azkenik, 29-63 bitarteko puntuazioa lortzen bada, depresio larria dela kontsideratzen da. Ezaugarri psikometrikoei dagokienez, galdetegi horren gaztelaniazko bertsioak fidagarritasun egokia erakutsi du, baita baliozkotasun konbergente egokia ere (Beck *et al.*, 2011). Fidagarritasunaren inguruan, barne-kontsistentziaren datuak oso altuak dira (Cronbach-en alfa 0,85 baino altuagoak).

Antsietatea. *Goldberg Anxiety and Depression Scale* (GADS) (Goldberg *et al.*, 1988; gaztelaniazko bertsioa Duch *et al.*, 1999;) erabili zen antsietatea neurtzeko. Galdetegi horrek depresioa eta antsietatea detektatu eta neurtzeko balio du. Depresio eta antsietatearen diagnostikoarekin laguntzeaz gain, bi horien artean bereizten laguntzen du eta sintomen larritasuna adierazten du. Galdetegian subjektuari galdetzen zaio azken bi asteetan ondoren aipatzen den sintomaren bat izan duen edo ez adierazteko. Galdetegia bi azpieskalaz osatuta dago; batek antsietatea neurtzen du, besteak, berriz, depresioa. Azpieskala bakoitzean 9 item aurkezten dira eta modu dikotomikoan (bai/ez) erantzuten dira. Ikerketa honetan antsietatea neurtzeko azpieskala erabili zen soilik. Antsietate-azpieskalaren ebakitze-puntua 4 puntukoa da. Zenbat eta puntuazio altuagoa, orduan eta sintomatologia larriagoa. Jatorrizko bertsioak % 74ko sentikortasuna eta % 93ko espezifikotasuna erakutsi zituen.

Estresa. *Perceived Stress Scale* erabili zen (PSS) (Cohen, Kamarck eta Mermelstein, 1983; gaztelaniazko bertsioa Remor, 2006) estresa neurtzeko. Galdetegi hori azken hilabeteen hautemandako estresa neurtzen duen autoinformea da. PSSa 14 itemez osatuta dago, eta horiek, 5 puntuko eskala batean antolatuta daude (0 = inoiz ez, 1 = ia inoiz ez, 2 = noizean behin, 3 = sarri, 4 = ia beti). Zenbat eta puntuazio altuagoa, orduan eta hautemandako estresa handiagoa. PSS-14ak fidagarritasun egokia du. Izan ere, barne-tinkotasunari dagokionez, Cronbach-en alfa 0,81 izan zen eta test-retest koefizientea  $r = 0,73$ .



Osasun mental positiboa. *Mental Health Continuum Short Form* delakoa erabili zen (MHC-SF) (Keyes, 2005; gaztelaniazko bertsioa Peña Contreras *et al.*, 2017). MHC-SF tresnak banakoaren osasun mental positiboa neurtzen du. MHC-SFa 14 itemez osatuta dago, eta ongizatearen hiru dimentsio desberdin aztertzen ditu. Lehen hiru itemek ongizate emozionala aztertzen dute, parte-hartzaileari galdetuz zein maiztasunez sentitu den pozik, interesaturik edo asebate azken hilabetean zehar. Item bakoitza 5 puntuko eskala batean erantzuten da (1 = «inoiz ez», 2 = «gutxitan», 3 = «nahiko maiz»; 4 = «askotan» eta 5 = «beti»). Beste bost itemek ongizate soziala neurtzen dute (adibidez, «Azken hilabetean, zein maiztasunez sentitu duzu gizarteari ekarpen garrantzitsuren bat egin diezaiokezula?»), eta azken 6 itemek ongizate psikologikoa aztertzen dute (esaterako, «Azken hilabetean, zein maiztasunez sentitu duzu besteekiko izan dituzun harremanak konfiantzazkoak eta beroak izan direla?»). Hamalau itemetan emandako erantzunak batzen dira puntuazio orokorra lortzeko. Zenbat eta puntuazio altuagoa, orduan eta osasun mental handiagoa. Ebaluazio-tresna honek ezaugarri psikometriko onak dauzka. MHC-SFak barne-tinkotasuna altua dauka (Cronbach-en alfa >0,80; gaztelaniazko egokitzapenak ere: 0,91koa). Konstruktu-baliozkotasunari dagokionez, emaitza egokiak lortu dira. Izan ere, korrelazio negatiboak aurkitu ziren depresio- eta antsietate-sintomekin (Keyes, 2002, 2005).

#### 4. Emaitzak

Hasteko, erabilitako eskalen fidagarritasuna ona izan zen aldagai guztietarako: 0,83ko alfa izan zuen BDI-II depresioaren eskalak, 0,76koa GASD antsietatearenak, 0,79koa PSS-14 estresarenak eta 0,89 MHC-SF osasun mental positiboarenak. Osasun mental positiboaren azpieskalek fidagarritasun onargarria erakutsi zuten (ongizate emozionalak 0,79, ongizate psikologikoak 0,69 eta ongizate sozialak 0,86).

Bestalde, neurtutako aldagaien arteko erlazioak teorikoki espero zitezkeenak izan ziren (ikusi 1. taula). Hain zuzen ere, korrelazio positiboak aurkitu ziren depresioaren, antsietatearen eta estresaren artean, eta negatiboak aipatutako aldagaien eta osasun mentalaren puntuazio orokorraren artean. Ikerketaren lehenengo helburuari erantzuteko, presoen gurasoek aldagai guztietan izandako puntuazioak kontrol-taldekoek izandakoekin erkatu ziren eta alde esanguratsuak aurkitu ziren depresioan, antsietatean, estresean eta osasun mental positiboan.

Hain zuzen ere, 2. taulan ikus daitekeen moduan, presoen gurasoek depresio-maila altuagoa azaldu zuten kontrol-taldekoek baino, efektuaren tamaina handia izanik [ $t(70,95) = 3,94$ ;  $p < 0,001$ ;  $d = 0,84$ ]. BDI-II tresna deskribatu den atalean esan den bezala, 0-13 tarteak gutxieneko depresioa adierazten du, eta 14-19 tarteak, berriz, depresio arina. Hirugarren taulan ikus daitekeen moduan, kontrol-taldekoek gutxieneko depresioari dagokion puntuazioa dute eta presoen gurasoen taldeak, ordea, alde txikiarengatik bada ere, depresio arineko puntuazioa.

**1. taula. Psikopatologia eta osasun mental positibo neurrien arteko korrelazioak (Pearson-en koefizientea).**

|                    | Antsietatea | Estresa | Osasun mental positiboa |
|--------------------|-------------|---------|-------------------------|
| Depresioa (BDI-II) | 0,59        | 0,75    | -0,37                   |
| Antsietatea (GADS) |             | 0,70    | -0,29                   |
| Estresa (PSS-14)   |             |         | -0,41                   |

Oharra: BDI-II: Beck Depression Inventory II; GADS: Goldberg Anxiety and Depression Scales; PSS-14: Perceived Stress Scale 14-item. Korrelazio guztiak estatistikoki esanguratsuak izan ziren ( $p < 0,01$ ).

Depresioa neurtzeko erabili dugun BDI-IIak depresioaren sintomatologia-maila aztertzeko lau kategoria bereizten ditu: gutxieneko depresioa, arina, moderatua eta larria. Lau kategoria horietan modu estatistikoki adierazgarrian banatu ziren alderatu genituen taldeak ( $\chi^2(3)=16,30$ ;  $p=0,001$ ) (ikusi 3. taula). Horrela, presoen gurasoen % 51,1 gutxieneko depresio kategorian kokatu zen, % 24,4 depresio arinean, % 17,8 bitarteko depresioan eta % 6,7 depresio larrian. Aldiz, kontrol-taldeko subjektuen % 88,9 gutxieneko depresioan kokatu zen, % 8,9 depresio arinean eta % 2,2 bitarteko depresioan, aipatzekoa da subjektu bakar bat ere ez zela kokatu depresio larrian.

**2. taula. Taldeen batezbestekoak eta desbideratze estandarrak psikopatologia-adierazleetan taldearekiko (guraso versus kontrol-taldea) eta distantziarekiko (400 km baino gutxiago versus gehiago).**

| Psikopatologia-maila |                  | N  | Batezbestekoa | Desbideratze estandarra |
|----------------------|------------------|----|---------------|-------------------------|
| Depresioa (0-63)     | Presoen gurasoak | 45 | 14,27         | 8,42                    |
|                      | Kontrol-taldea   | 45 | 8,53          | 4,92                    |
| Antsietatea (0-4)    | Presoen gurasoak | 45 | 2,02          | 1,54                    |
|                      | Kontrol-taldea   | 45 | 0,91          | 1,10                    |
| Estresa (0-56)       | Presoen gurasoak | 45 | 24,09         | 9,22                    |
|                      | Kontrol-taldea   | 45 | 18,24         | 7,32                    |
| Depresioa            | <400             | 8  | 12,87         | 8,13                    |
|                      | >400             | 37 | 14,56         | 8,56                    |
| Antsietatea          | <400             | 8  | 1,25          | 1,75                    |
|                      | >400             | 37 | 2,18          | 1,46                    |
| Estresa              | <400             | 8  | 22,25         | 13,27                   |
|                      | >400             | 37 | 24,48         | 8,30                    |

Antsietatean ere presoen gurasoek antsietate-maila altuagoa azaldu zuten [ $t(79,65) = 3,93; p < 0,001; d = 0,84$ ], efektuaren tamaina handia izanik. Berrito ere, kontrol-taldeko subjektuak ez ziren gutxieneko antsietate-mailara iritsi eta presoen gurasoak, ostera, bai —2tik gorako puntuazioa—. Estresari dagokionez, presoen gurasoek estres-maila handiagoa azaldu zuten [ $t(88) = 3,33; p = 0,001; d = 0,71$ ], efektuaren tamaina ertaina-handia izanik.

**3. taula. BDI-II galde-sortaren depresioaren kategoria diagnostikoak taldearen arabera (gurasoen taldea versus kontrol-taldea) eta distantziaren arabera (400 km baino gutxiago versus gehiago).**

|                | Presoen gurasoak | Kontrol-taldea | Guztira    | Kartzelarainoko distantzia |                  |                  |
|----------------|------------------|----------------|------------|----------------------------|------------------|------------------|
|                |                  |                |            | <400 km<br>% (n)           | >400 km<br>% (n) | Guztira<br>% (n) |
| Depresio-maila | % (n)            | % (n)          | % (n)      |                            |                  |                  |
| Gutxienekoa    | 51,1 (23)        | 88,9 (40)      | 70,0 (63)  | 62,5 (5)                   | 48,6 (18)        | 51,1 (23)        |
| Arina          | 24,4 (11)        | 8,9 (4)        | 16,7 (15)  | 25,0 (2)                   | 24,3 (9)         | 24,4 (11)        |
| Bitartekoa     | 17,8 (8)         | 2,2 (1)        | 10,0 (15)  |                            | 21,6 (8)         | 17,8 (8)         |
| Larria         | 6,7 (8)          |                | 3,3 (3)    | 12,5 (1)                   | 5,4 (2)          | 6,7 (3)          |
| <b>Guztira</b> | <b>100</b>       | <b>100</b>     | <b>100</b> | <b>100 (8)</b>             | <b>100 (37)</b>  | <b>100 (45)</b>  |

Osasun mental positiboan ere alde esanguratsuak agertu ziren (ikusi 4. taula). Hain zuzen ere, presoen gurasoek osasun mental maila baxuagoa azaldu zuten kontrol-taldekoek baino [ $t(88) = -2,37; p = 0,020; d = 0,51$ ], efektuaren tamaina ertaina izanik. Osasun mental positiboaren azpieskaletan alde esanguratsuak agertu ziren ongizate emozionalean [ $t(83,87) = -4,08; p < 0,001; d = 0,88$ ], efektuaren tamaina handia izan zela, joerazko aldeak ongizate sozialean [ $t(88) = -1,74; p = 0,086; d = 0,41$ ] eta alderik ez zen agertu ongizate psikologikoan [ $t(88) = -1,25; p = 0,215; d = 0,27$ ].

Gure bigarren hipotesiari dagokionez, hots, espetxerainoko distantziak presoen gurasoen osasun mentalean eraginik ote zuen aztertzeko, bi kategoriatan banatu ziren: batetik, bisita egiteko joan-etorria egunean bertan egin zezaketanak (400 km baino gutxiagoko distantzia) eta bisita egiteko egun bat baino gehiago behar zutenak (400 km baino gehiagoko distantzia). Nabarmendu behar da banaketa horrek sortu zituen taldeak ez zeudela orekatuta subjektu kopuruari dagokionez; izan ere, 45 gurasotik soilik 8 ziren egunean bertan bisita egin zezaketenen artean. Egunean bertan bisita egin zezaketenek 231 kilometroko distantzia dute batez beste ( $DT=52$ ) eta egun bat baino gehiago behar dutenek, berriz, 769 kilometrokoa ( $DT=135$ ).

**4. taula. Taldeen puntuazioak osasun mental positiboaren puntuazio totalen, ongizate emozionalean, psikologikoan eta sozialean taldearen arabera (gurasoen taldea versus kontrol-taldea) eta kartzelarainoko distantziaren arabera (400 km baino gutxiago versus gehiago).**

|                                       |                  | N  | Batezbestekoa | Desbideratze estandarra |
|---------------------------------------|------------------|----|---------------|-------------------------|
| Osasun mental positibo totala (14-70) | Presoen gurasoak | 45 | 45,69         | 9,31                    |
|                                       | Kontrol-taldea   | 45 | 50,29         | 9,07                    |
| Ongizate emozionala (1-5)             | Presoen gurasoak | 45 | 3,07          | 0,88                    |
|                                       | Kontrol-taldea   | 45 | 3,76          | 0,70                    |
| Ongizate psikologikoa (1-5)           | Presoen gurasoak | 45 | 3,53          | 0,81                    |
|                                       | Kontrol-taldea   | 45 | 3,74          | 0,75                    |
| Ongizate soziala (1-5)                | Presoen gurasoak | 45 | 3,05          | 0,64                    |
|                                       | Kontrol-taldea   | 45 | 3,31          | 0,75                    |
| Osasun mental positibo totala         | <400             | 8  | 43,00         | 10,40                   |
|                                       | >400             | 37 | 46,27         | 9,11                    |
| Ongizate emozionala                   | <400             | 8  | 2,95          | 0,98                    |
|                                       | >400             | 37 | 3,09          | 0,87                    |
| Ongizate psikologikoa                 | <400             | 8  | 3,20          | 0,73                    |
|                                       | >400             | 37 | 3,60          | 0,81                    |
| Ongizate soziala                      | <400             | 8  | 2,97          | 0,68                    |
|                                       | >400             | 37 | 3,07          | 0,64                    |

Bi taldeak alderatuz gero, (ikus 2. taula), seme-alaba presoa bisitatzeko egun bat baino gehiago behar zuten parte-hartzaileek depresio-, ansietate- eta estres-maila altuagoa azaldu zuten egunean bertan bisita egin zezaketenean baino, nahiz eta aipatutako aldeak ez izan estatistikoki esanguratsuak ( $[t(43) = -0,51; p = 0,612; d = 0,21$  depresioan;  $t(43) = -1,58; p = 0,120; d = 0,47]$  ansietatean eta  $[t(43) = 0,45; p = 0,659; d = 0,25]$  estresean).

Kartzelarainoko distantziari dagokionez, presoen gurasoen banaketa depresio-mailaren lau kategoriatan ez zen esanguratsua izan ( $2(3)=2,47; p=0,480$ ). Dena den, 3. taulan ikusten den bezala, bizitokitik espetxerainoko distantzia handiagoa duten presoen gurasoen artean % 48,6 gutxieneko depresio kategorian kokatu zen, % 24,3 depresio arinean, % 21,6 bitarteko depresioan eta % 5,4 depresio larrian. Aldiz, espetxea gertuago duten gurasoen % 62,5 gutxieneko depresioan kokatu zen, % 25,0 depresio arinean eta % 12,5 depresio larrian.

Bestalde, 4. taulan ikus daitekeen moduan, bisita egiteko egun bat baino gehiago behar duten subjektuek osasun mental positibo maila altuagoa azaldu zuten, bai puntuazio orokorrean bai eta osasun mental positiboaren azpieskaletan ere (hots, ongizate emozionalean, psikologikoan eta sozialean). Dena den, aurkitu ziren aldeak txikiak eta adierazgarritasun estatistikorik gabekoak izan ziren (osasun

mental positiboaren puntuazio orokorrean, [ $t(43) = -0,89$ ;  $p = 0,374$ ;  $d = 0,36$ ]; ongizate emozionalean, [ $t(43) = -0,40$ ;  $p = 0,688$ ;  $d = 0,17$ ]; ongizate psikologikoan, [ $t(43) = -1,26$ ;  $p = 0,215$ ;  $d = 0,50$ ] eta ongizate sozialean, [ $t(43) = -0,38$ ;  $p = 0,709$ ;  $d = 0,16$ ].

## 5. Ondorioak

Prisionizazio sekundarioaren ondorioz, seme-alabak urrun espetxeratuta dituzten 65 urte edo gehiagoko gurasoen osasun mentala ikertzea izan da ikerketa honen helburua. Bi hipotesi proposatu ziren: lehenengoan, seme-alabak urrunduta dituzten gurasoek horrelako egoerarik ez dutenek baino osasun mental baxuagoa izango zutela. Bigarrenean, seme-alaba espetxeratuta dagoen kartzelarrainoko distantziak eragingo zuela gurasoen osasun mentalean.

Lehen hipotesiari helduz, emaitzak hipotesia baieztatu dute: kontrol-taldeko gurasoekin alderatuta, seme-alaba urrun kartzelatuta duten gurasoek depresio-, antsietate- eta estres-sintomatologia ugariagoa adierazi zuten. Gauza bera aurkitu da osasun mental positiboan, non kontrol-taldeko gurasoekin alderatuta, preso urrunduen gurasoek osasun mental positibo baxuagoa adierazi zuten.

Bigarren hipotesiari helduz —espetxerainoko distantziak desberdintasunak eragiten dituela presoan adineko gurasoen osasun mentalean—, honakoa proposatu zen: kartzelarrainoko distantziak gurasoen osasun mentalean eragiten duela, hots, zenbat eta distantzia handiagoa, orduan eta osasun mental baxuagoa. Horretarako, bi multzotan banatu ziren presoan adineko gurasoak: seme-alaba bisitatzeko bidaiaren joan-etorria egun berean egin dezaketen gurasoak (seme-alaba etxetik 400 kilometro baino gertuago dagoen espetxean dutenak) eta bisita egun berean egiterik ez dutenak (seme-alaba etxetik 400 kilometro baino urrunago dagoen espetxean dutenak). Emaitzetan ageri da seme-alaba 400 km baino gehiagoko distantzian duten gurasoek psikopatologia-maila altuagoa dutela, alegia depresio-, antsietate- eta estres-maila altuagoak. Osasun mental positiboaren azterketari dagokionez, ordea, ez da bete espero genuena, kontrakoa baizik. Izan ere, seme-alaba 400 km baino urrunagoko espetxeetan zuten gurasoek, seme-alaba gertuago dutenek baino osasun mental positibo handiagoa erakutsi zuten, alegia, ongizate emozional, psikologiko eta sozial handiagoa, nahiz eta aldeak estatistikoki adierazgarriak ez izan.

Emaitza interpretazio posible bat da seme-alaba urrun duten gurasoek erresilientzia-efektu bat erakusten dutela (Antonovsky, 1979; Manciaux, 2003). Hau da, seme-alaba preso urrunduen egoera oso estresagarriaren aurrean, gurasoak saiatzen dira egoerara egokitzen eta egoera horretan ahalik eta ongien egoten. Gaiaren inguruan oraindik ikerketa askorik egin ez bada ere, pentsa genezake osasun mental positibo altua erlazionatuta dagoela erresilientzia fenomenoaren agerpenarekin. Hau da, zenbat eta ongizate emozional, psikologiko eta sozial handiagoa, orduan eta erresilientzia-gaitasun handiagoa (Trompeter, de Kleine, eta Bohlmeijer, 2017). Nerabeekin Palestinako gatazkaren inguruan berriki egindako ikerketa batean, jakin da egoeraren gogorragatik ere, ume eta nerabe askok ez dutela

espero zitekeen estres post-traumatikoko sintomarik, erresilientziaren fenomenoa erakutsiz (Lera, 2018). Ikerketa horretan, besteak beste, sare sozialen sendotzea aipatzen da erresilientziaren iturri gisa. Presoen gurasoen kasuan, gurasoen arteko elkartasunak, euskal jendartearen zati zabal batek eta euskal erakunde batzuek presoen urruntzearen kontra izandako jarrerak gurasoengan babes sozialaren pertzepzioa eragin dezakete, alegia, jendartea modu positibo batean bilakatzen ari delako pertzepzioa. Halaber, onarpenezko pertzepzio horrek gurasoei lagun diezaieke aurrera egiten seme-alaba urrunduen egoerarekin, hobeto egokituz egoerara. Hala ere, osasun mental positiboak prisionizazio sekundarioaren ondorio kaltegarriak arintzeko izan dezakeen gaitasunean sakontzeko, beste ikerketa-eredu batzuk erabili beharko liriateke (luzerako ereduak edo ikerketa kualitatiboak, kasu).

Nolanahi ere, distantziak osasun mentalean duen eraginari buruzko emaitzak oso modu behin-behinekoan hartu behar dira, funtsean seme-alaba etxetik 400 km baino gertuago eta 400 km baino urrunago zuten guraso kopuruak ez direlako orekatuta egon (hurrenez hurren,  $n=8$  eta  $n=37$ ). Taldeen desoreka hori ez da ikerketa-lagin desorekatua aukeratu izanaren ondorioa, populazioaren beraren izaeraren ondorio baizik. Izan ere, arestian aipatu den moduan, ikerketa hasi genuenean (2018. urtean) presoen % 20 zegoen soilik etxetik 400 kilometrotik behera dauden kartzeletan. Aurrerago beste ikerketa batzuek aztertu beharko dute balizko erresilientzia-efektu hori gertatzen den ala ez, eta inportanteena, zerk eragiten duen.

Ikerketa honek agerian utzi du prisionizazio sekundarioaren eta osasun mentalaren artean dagoen harremana, baina modu integratzaileago batean. Izan ere, gehienetan sintomatologia psikopatologikoarekin lotzen da osasun mentala eta ikerketa honetan, berriz, ikuspegi murriztaile hori gainditu eta osasun mentalaren baitan egun bereizten diren bi dimentsioak (psikopatologia eta osasun mental positiboa) hartu dira kontuan. Halaber, gutxi ikertu den gaia aztertu da, hutsune bat betez: prisionizazio sekundarioaren eta seme-alabak urrun espetxeratuta dituzten adineko gurasoen osasun mentalaren arteko harremanarena, alegia.

Laburbilduz, ikerketa honen ondorioz egiaztatu da euskal presoen adineko gurasoek, bizi duten prisionizazio sekundarioa dela medio, beste gurasoek baino osasun mental okerragoa dutela. Adineko guraso hauen osasun mentalean hobekuntzak bideratzeko modu asko daude; esate baterako, gurasoen zaintza psikologiko edo psikiatriko estuagoa bideratzea. Osasun mentaleko arazoak dituzten kolektiboek sarri hori eskatzen dute: zaintza partikularizatu bat. Nolanahi ere, presoen adineko kasua desberdina da, urrun espetxeratutako seme-alaba presoen gurasoak diren neurrian ez dutelako «gaixotasun» bat, sufrimendu eta ondoeza psikologikoa sorrarazten dien egoera bat baizik. Horregatik, askoz ere bide errazagoa eta zuzenagoa litzateke espetxe-politikan behar diren aldaketak bideratzea, hots, presoen urruntzearekin amaitzea. Horrela, adineko guraso hauek bizi duten egoera aldatuta, beren bizitzetara osasun-egoera hobea bat ekarriko litzateke.

## 6. Esker ona

Lerro hauen bitartez, gure esker ona adierazi nahi diegu ikerketa egiten lagundu diguten guztiei. Hain zuzen ere, ikerketaren lagina osatu duten pertsonai, galde-sortak pasatzen parte hartu duten elkarrizketatzaileei eta presoek gurasoen lagina lortzen lagundu digun ETXERAT elkarteari. Pertsona hauen guztien lankidetzarik gabe ezin izango zen ikerketa hau aurrera eraman.

## 7. Erreferentziak

- Alexopoulos, G.S. (2005): «Depression in the elderly», *The Lancet*, 365(9475), 1961-1970. doi: 10.1016/S0140-6736(05)66665-2.
- Allport, G.W. (1963/1980): *La personalidad: Su configuración y desarrollo*, Herder, Bartzelona.
- American Psychiatric Association (2014): *DSM-5: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5. ed.), Editorial Médica Panamericana, Madril.
- Antonovsky, A. (1979): *Health, stress and coping*, Jossey-Bass, San Frantzisko.
- Beck, A.T. & Steer, A. (1987): *Manual for the Beck Depression Inventory*, The Psychological Corporation, San Antonio, Texas.
- Cohen, S.; Kamarck, T. & Mermelstein, R. (1983): «A global measure of perceived stress», *Journal of Health and Social Behavior*, 24, 385-396.
- Comfort, M.L. (2003). «In the tube at San Quentin: The “Secondary prisonization” of women visiting inmates», *Journal of Contemporary Ethnography*, 32(1), 77-107. doi:10.1177/0891241602238939.
- Duch, F.R.; Ruiz de Porras, L.; Gimeno, D.; Allué, B. eta Palou, I. (1999): «Psicometría de la ansiedad, la depresión y el alcoholismo en atención primaria», *Semergen*, 25, 209-225.
- Etixerat (2018): *Urrunketa: Kalte eta eraginak adin nagusiko pertsonengan*, <[https://www.etxerat.eus/descargas/informes/dossier/Dossier\\_Mayores\\_eu.pdf](https://www.etxerat.eus/descargas/informes/dossier/Dossier_Mayores_eu.pdf)> (Kontsulta: 2018-05-07).
- Friedman, M. eta Friedland, G.W. (2000): *Los diez mayores descubrimientos de la medicina*, Paidós, Bartzelona.
- Goldberg, D.; Bridges, K.; Duncan-Jones, P. eta Grayson, D. (1988): «Detecting anxiety and depression in general medical settings», *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 297(6653), 897-899, <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/PMC1834427/>>.
- Green, K.M.; Ensminger, M.E.; Robertson, J.A. eta Juon, H. (2006): «Impact of adult sons' incarceration on african american mothers' psychological distress», *Journal of Marriage and Family*, 68(2), 430-441. doi:10.1111/j.1741-3737.2006.00262.x.
- Haranburu, M. eta Sansinenea, E. (2004): *Osasunaren Psikologia*, UPV-EHUko Argitalpen Zerbitzua, Bilbo.
- Intxaurbe Vitorica, J.R.; Ruiz Vieyetz, E.J. eta Urrutia Asua, G. (2017): *Urruntzeko espetxe-politikak presoek familengan duen eraginari buruzko txostena*, Instituto de Derechos Humanos Pedro Arrupe, Bilbo.
- Keyes, C.L.M. (1998): «Social well-being», *Social Psychology Quarterly*, 61(2), 121-140. doi:10.2307/2787065.
- , (2002): «The Mental Health Continuum: From languishing to flourishing in life», *Journal of Health and Social Behavior*, 43(2), 207-222. doi:10.2307/3090197.
- , (2005): «Mental Illness and/or Mental Health? Investigating axioms of the complete state model of health», *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(3), 539-548. doi:10.1037/0022-006X.73.3.539.

- Lera, M.J. (2018): «Trauma, necesidades psicológicas básicas y resiliencia: Un estudio con adolescentes de Gaza», *Estudios De Psicología*, 36, 1-2.
- Manciaux, M.A. (2003): *La resiliencia, resistir y rehacerse*, Gedisa, Bartzelona.
- Maslow, A. (1968/1995): *El hombre autorrealizado*, Kairos, Bartzelona.
- Murray, J.; Farrington, D. eta Sekol, I. (2012): «Children's antisocial behavior, mental health, drug use, and educational performance after parental incarceration», *Psychological Bulletin*, 138, 175-210. doi:10.1037/a0026407.
- Osakidetza (2018): *Euskal osasunaren inkesta*, <<http://www.euskadi.eus/informazioa/osasun-inkesta-2017-2018/web01-a3osag17/eu/>> (Kontsulta: 2018-05-02).
- OSPDH Observatori del Sistema Penal i els Drets Humans (2006): *La cárcel en el entorno familiar. estudio de las repercusiones del encarcelamiento sobre las familias: Problemáticas y necesidades*, Quaderns de Barcelona, Bartzelona.
- Osasunerako Mundu Erakundea (1992): *CIE-10. Clasificación Internacional de las Enfermedades* (10. argitalpena), OME eta Meditor, Madril.
- , (2005): *Promoting mental health concepts, emerging evidence and practice*, OME, Geneva, Suitza.
- , (2014). *World health organization's basic documents* (48. arg.), OME, Geneva, Suitza.
- , (2017). *Depression and other common mental disorders. Global health estimates*, OME, Geneva, Suitza.
- Peña Contreras, E.K.; Lima Castro, S.E.; Bueno Pacheco, G.A.; Aguilar Sizer, M.E.; Keyes, C.L.M. eta Arias Medina, W.P. (2017): «Reliability and validity of the mental health continuum (MHC-SF) in the ecuadorian contexts», *Ciencias Psicológicas*, 11(2), 223-232. doi:10.22235/cp.v11i2.1499.
- Remor, E. (2006): «Psychometric properties of a european spanish version of the perceived stress scale (PSS)», *The Spanish Journal of Psychology*, 9(1), 86-93.
- Rogers, C.R. (1959): «A theory of therapy, personality, and interpersonal relationships, as developed in the client-centered framework», in S. Koch (arg.), *Psychology: A study of a science*, McGraw-Hill, New York, 184-256.
- Sanz, J. eta Vázquez, C. (2011): *BDI-II: Inventario de Depresión de Beck-II*, Pearson Educación, Madril.
- Trompeter, H.R.; de Kleine, E. eta Bohlmeijer, E.T. (2017): «Why does positive mental health buffer against psychopathology? an exploratory study on self-compassion as a resilience mechanism and adaptive emotion regulation strategy», *Cognitive Therapy and Research*, 41(3), 459-468. doi: 10.1007/s10608-016-9774-0.





