



Paciente furioso ¿Caos o control?

Marta Arrue Mauleon
Cuaderno del estudiante
IKD baliabideak 3 (2012)

INDICE

Escritura del caso.....	3
Anexo I	10
Anexo II	11
Anexo III	15

ESCRITURA DEL CASO

PACIENTE FURIOSO: ¿CAOS O CONTROL?

En febrero de 2009, Iñigo López, varón de 45 años, acudió a las 11.00 de la mañana a su cita en la consulta de enfermería, ubicada en el Centro de Salud del barrio de Egia de la ciudad de Donostia-San Sebastián (País Vasco, España). Esa mañana la enfermera Coro se había retrasado con las primeras citas. A las 11.40, Coro salió del despacho y en la sala de espera llamó a Iñigo con un retaso de 40 minutos. El paciente entró en el despacho y cerró la puerta de un portazo, sin sentarse en la silla, con los puños cerrados y en un tono de voz muy alto recriminó a Coro: "¡Ya es hora, estoy subiéndome por las paredes! ¡No hay derecho! ¡Estoy harto de que todo el mundo se me cuele!". Coro ante esta situación inesperada ¿qué podía hacer? activar el protocolo de agresión o intentar calmarle, corriendo riesgo de agresión física.

Historia de Iñigo

Iñigo era el octavo hijo nacido en el seno de una familia con una madre autoritaria y dominante y un padre de poco carácter. Entre los años 1930 y 1955, en el seno de la familia López nacieron once hermanos en el siguiente orden: primero 4 chicas, le siguieron 2 chicos, nuevamente una chica, nuestro protagonista Iñigo, 2 chicos y finalmente la pequeña de la familia. Cuando nació Iñigo la hermana que le precedía contaba con 2 años y el hermano que le seguía, vino al mundo 2 años más tarde. Todos los hermanos nacieron con completa normalidad. La única incidencia reseñable fue el retraso de la unión de la fontanela de Iñigo.

Con 4 años, en el parvulario, las maestras se alarmaron al observar que Iñigo se quedaba dormido continuamente. En su casa, muy frecuentemente se sentaba en un sillón, aparentemente dormido y con un movimiento hacia delante y hacia atrás del tronco, entonaba murmurando "Lirín larán lirilirán lirón", una y otra vez, hasta que alguien conseguía sacarle del trance. Preocupados por estos comportamientos los padres lo consultaron con su pediatra. Se le realizó un encefalograma en el que no se le detectó ninguna anomalía, no recibiendo tratamiento médico alguno.

Era un crío con una imaginación desbordante, pero las ideas que se le ocurrían eran casi siempre "temibles". En sus aventuras siempre arrastraba a su hermano 2 años menor. Con él, bajaba al cauce del río que discurría por su ciudad, esperando hasta que la crecida de la marea les llegaba a los pies. Un día les sorprendieron disputándose un espacio sobre un colchón que estaba tendido a secar sobre los alambres del tendedero de ropa, con riesgo de caer desde un 2º piso. Otro día los rescataron, -alertados por una vecina-, cuando estaban colgando de las manos, hacia

el patio, agarrados al marco de una ventana, con su hermano ya al límite de sus fuerzas. Iñigo era tan impredecible que llegaron a atarlo para evitar alguna trastada.

Debido a los problemas económicos familiares los padres se vieron forzados a emigrar a otro país, quedando todos los hermanos al cuidado de la hermana mayor que tenía 20 años en aquel momento.

Cuando nuestro protagonista tenía 5 años, falleció su hermana en un accidente de autobús. Era la tercera en el orden familiar y contaba sólo con 17 años. El accidente fue muy comentado en la prensa de la época y dejó una huella importante en la familia.

Iñigo era un apasionado de las motos. Con 10 años, si veía una moto aparcada con las llaves puestas, sin dudar un momento se subía a ella y la ponía en marcha, sin ni siquiera tener la talla suficiente para pisar los pedales. La pasión por las motos y los coches la ha mantenido de por vida, añadiendo ya de adulto, la de la velocidad. Defendía a capa y espada la teoría de que a 150 Km por hora conducía mucho más seguro, pues a menos velocidad perdía concentración. Todo intento de disuadirle era en vano. Más de una vez, alguno de sus hermanos que le acompañaba, le obligaron a detener el coche para bajarse.

Con 15 años desafiaba a sus amigos en concursos de apnea. En un lavabo lleno de agua introducían el rostro y cronometraban el tiempo que eran capaces de mantenerse sin respirar. Como él no admitía no ser el mejor en todo, permanecía en apnea más tiempo que ninguno.

Descrito por sus profesores desde la infancia como un niño con un "temperamento difícil" era relativamente frecuente que hiciera "novillos" y su rendimiento académico era bajo, aunque obtuvo finalmente el ansiado graduado escolar. Realizó un cursillo de Programador y consiguió un puesto de trabajo en la factoría principal de una importante fábrica de automóviles. Desarrolló un programa para el control de la situación de cada vehículo, lo que supuso un gran avance para la empresa y por lo que obtuvo la admiración de sus superiores.

A los 27 años se casó y tuvo tres hijos. Iñigo siempre se describía así mismo como generoso, alegre y con facilidad para las relaciones sociales. En su afán de ser el mejor en todo, exigía a sus hijos continuamente mejorar sus resultados académicos, lo que le condujo a tener graves conflictos con uno de ellos, que no aceptaba la intransigencia de su padre.

Su vida continuó de esta manera durante mucho tiempo, pero cumplidos los 40 años las cosas cambiaron. Su trabajo se volvió muy estresante. La vida familiar quedó perturbada por sus innumerables excesos. En un período de 9 meses compró una casa enorme, desmesurada, una televisión última generación, una moto deportiva, varios animales domésticos exóticos, cambió de coche y tuvo que afrontar los problemas económicos de estos excesos.

Su esposa y amigos querían saber qué era lo que le pasaba, pero él les dijo que lo dejaran en paz, que todo estaba bien. Se sentía mejor que nunca, feliz y sin problemas.

Los problemas familiares fueron aumentando durante aquellos años. Alternaba períodos de tristeza en los que permanecía en un sillón sin hacer caso de nada ni de nadie, con otros, en los que desarrollaba una actividad frenética. Su humor era una montaña rusa. En este periodo de su vida, en ningún momento fue evaluado por ningún especialista. Después de insistir ininidad de veces, su esposa, con la ayuda del director de la empresa en la que trabajaba, consiguió que fuera evaluado por un psicólogo clínico. Comenzó un tratamiento pero en cuanto se sintió mejor lo abandonó. Tras años de vanos intentos por ayudarle, su mujer se encontraba totalmente agotada. El divorcio resultó inevitable.

Años después, una noche, la policía lo encontró inconsciente dentro de su coche mal aparcado, con la música de la radio a todo volumen y sin haber dormido en los últimos cuatro días. Lo condujeron al Hospital más próximo. Llamaron por teléfono a un hermano suyo para que se hiciera cargo de él. Estuvo ingresado en el centro médico más de una semana.

Otro episodio fue cuando una noche llamó por teléfono a uno de sus hermanos pidiéndole que acudiera a la playa de la ciudad en que ambos vivían, proponiéndole que le apadrinara en la ceremonia de casamiento que quería celebrar en aquel mismo momento en la playa. La novia era una joven de raza asiática, china para más señas, que había conocido aquel mismo día.

A pesar de sus méritos profesionales, sus ausencias del trabajo y la dificultad que entrañaba su trato en algunos momentos, complicó en gran medida la relación con sus superiores. La situación llegó a ser inaceptable para la empresa para la que trabajaba, lo que les llevó a ofrecerle la jubilación anticipada.

Hasta la fecha en el que ocurrió el incidente en el centro de salud, los cambios en el estado de ánimo de Iñigo fueron cíclicos. No tenía conciencia de padecer una enfermedad y, por lo tanto, era inconstante con el tratamiento.

La enfermera Coro

Coro nació en Donostia-San Sebastian (País Vasco-España) el 14 de febrero de 1955. Su interés por el cuidado de las personas le venía desde pequeña. Con 14 años tuvo que cuidar de su padre que fue diagnosticado de cáncer, lo que marcó su personalidad y su futuro. Se caracterizaba por ser una persona amable, extrovertida y segura de sí misma. Por su carisma sus amigos la querían y valoraban. Era una chica optimista y

resolutiva que sabía afrontar los problemas. No era fácil verla sin sonreír. Según sus palabras siempre trataba que cada día fuera irrepetible.

En 1972 inicia sus estudios en la Escuela de Enfermería de su ciudad natal, graduándose tres años más tarde con el título de ATS (Asistente Técnico Sanitario). Las supervisoras de enfermería donde realizó las prácticas no tardaron en darse cuenta de su potencial, por lo que, no tardó en encontrar trabajo tras graduarse. Desde el comienzo de su andadura profesional fue consciente de la importancia de la Salud Pública en general, y del rol de la enfermera comunitaria en particular, por lo que, desde su primer puesto de trabajo en el ambulatorio de Gros (San Sebastian, España), no abandonó el trabajo de enfermera comunitaria.

Con el Real Decreto 2128/1977 (BOE, 26 de noviembre de 1977), se transformaron en España las enseñanzas conducentes al título de ATS por las de DUE (Diplomado Universitario en Enfermería). Este hecho histórico supuso el reconocimiento por parte de la Institución Universitaria de la Enfermería como disciplina en proceso de construcción y como profesión de carácter universitario con todo lo que ello implicaba: reconocimiento científico y académico de la antigua actividad del cuidado de enfermería, crecimiento doctrinal y la posibilidad futura de acceder a todos los grados académicos (licenciatura y doctorado). La mayoría de las ATS que se formaron antes de ese año, Coro entre ellas, se vieron obligadas a hacer un curso de reciclaje para obtener la Diplomatura.

Durante sus primeros años de la carrera profesional, segunda mitad del siglo XX, los avances tecnológicos y sociales fueron a un ritmo vertiginoso (teléfonos móviles, vídeo conferencias, ordenadores, realidad virtual, microcirugía, quimioterapia, reproducción in vitro, clonación y un largo etc.) y por ende, los cambios en la enfermería también fueron notables (el nuevo concepto de salud, los diagnósticos de enfermería, la definición de la relación de necesidades fundamentales de orden biopsicosocial de las persona, el Proceso de Atención de Enfermería o PAE, etc.). La necesidad de Coro por mantenerse al día de todos aquellos cambios se tradujeron en un constante ir y venir de cursos de reciclaje, centrados en su mayoría en Atención Primaria.

Por lo que, la enfermera que se enfrentaba a Iñigo era una enfermera generalista experimentada, con 34 años de experiencia profesional en Atención Primaria. Era de estatura media -1,60 metros- y de complejión pequeña. Siempre le había apasionado su profesión, e intentaba poner un especial cuidado en la comunicación con el paciente, ya que su larga experiencia le había demostrado que era la piedra angular de su trabajo.

El día 12 de febrero de 2009, antes de comenzar las consultas, Coro repasó las historias de los pacientes y ordenó las historias atendiendo escrupulosamente las citas de consulta. Leyendo el evolutivo de Iñigo, se informó que éste había acudido hacía dos semanas al Centro de Salud para realizarse una analítica como consecuencia de un posible diagnóstico de enfermedad de transmisión sexual. El médico había añadido

información adicional que puso a Coro en alerta y le hizo pensar que el paciente podría encontrarse alterado. En el evolutivo del médico se podía leer: "Iñigo relata un aumento de la inquietud, con sensación de estar desbordado, insomnio global, disminución del apetito y aumento del consumo de tabaco. Muestra escasa conciencia de enfermedad, atribuyendo la sintomatología a acontecimientos vitales estresantes que han comenzado según él, años atrás. Dice que con esa edad la familia pasó una etapa de dificultades económicas y este hecho trajo en consecuencia un primer matrimonio fracasado y una separación traumática. Según el paciente, el último factor desencadenante fue la muerte de su madre y un complot contra él por parte de sus hermanos. El paciente ha dejado de tomar su medicación hace dos meses porque se encontraba mejor. Le he vuelto a insistir en la importancia de ir al psiquiatra pero Iñigo se ha negado en rotundo".

Coro tenía una relación profesional de confianza con Iñigo. Llevaba siendo su paciente desde hacía 5 años y era conocido por su no buena adherencia al tratamiento y sus cambios de carácter. En los últimos dos años le había tenido que realizar un par de curas tras enfrascarse en varias reyertas. Ella ya le había aconsejado varias veces en el beneficio que le reportaría el acudir a psicoterapia, pero este se había negado una y otra vez.

Esa mañana, Coro durante la atención a los pacientes, ya había escuchado a Iñigo en la sala de espera discutiendo con otros pacientes. A las 11:40 h., con un retaso de 40 minutos según lo programado, Coro mandó entrar a Iñigo para atenderle. Iñigo, de 1,90 m de altura y más de 100 kg de peso, vestido con una camisa chillona de flores, pantalones cortos y chancletas, irrumpió en la consulta de enfermería, cerró la puerta de un portazo y sin sentarse en la silla, maldijo a Coro por atender a otros pacientes que tenían la cita más tarde que él.

Coro estaba de pie, a un metro de distancia de donde estaba situado Iñigo (Anexo I). Observó cómo su paciente se inclinaba hacia delante, con los dientes apretados, sudando y con la cara enrojecida, las pupilas dilatadas, la mirada fija, aleteo nasal y la respiración rápida. Por lo que había tenido la precaución de no darle la espalda. Sin embargo, no le había dado tiempo a sentarse en su silla (donde se encontraba el botón de alarma). No era la primera vez que Coro se enfrentaba a un paciente violento, pero era consciente de que enfrentarse a esa situación siempre le causaba temor e incertidumbre.

Descripción de la consulta de enfermería y sala de espera

El Centro de Salud del barrio de Egia de Donostia-San Sebastián (País Vasco, España) pertenecía a la red de Osakidetza - Servicio Vasco de Salud. Osakidetza fue el organismo creado en 1984 encargado del sistema de prestaciones sanitarias públicas en la Comunidad Autónoma del País Vasco, perteneciente al Sistema Nacional de

Salud, creado en 1986 y que sustituyó al INSALUD. Este servicio público sanitario contaba con una gran cantidad de centros que atendían las necesidades de los vascos.

Osakidetza estaba formada por 7 comarcas de atención primaria. El centro de salud de Egia pertenecía a la Comarca Gipuzkoa-Este. La comarca atendía a 427.261 ciudadanos, repartidos en el ámbito poblacional de los municipios que formaban la comarca. La zona básica del centro de salud donde ocurrieron los hechos era el barrio de Egia. Este barrio estaba situado en un alto en el este de Donostia-San Sebastian. Abarcaba una superficie aproximada de 117 hectáreas. Era uno de los barrios más antiguos de la ciudad, con personalidad propia y características definidas desde el punto de vista de población y sociología. Según los últimos datos, la población total del barrio era de 13.701 habitantes, de los cuales el 47% eran hombres y el 53% mujeres.

El centro de salud era un centro antiguo que había sufrido varias reformas, pero aún y todo resultaba demasiado pequeño para el número de ciudadanos de la zona básica de atención primaria que le correspondía (Egia). Las consultas estaban ubicadas en espacios arquitectónicos reducidos. Como ese día se encontraba pasando consulta en el despacho de otra compañera.

La consulta estaba ubicada en el bajo, con un espacio útil, de doce metros cuadrados, en forma de rectángulo de 3 x 4 m. Una ventana frente a la entrada, dotada de contraventanas regulables, ubicada en la pared orientada hacia el sur, proporciona luz natural y ventilación a la consulta. Al tratarse de un bajo, en la ventana se habían colocado unos barrotes para evitar los robos. El acceso se realiza a través de una puerta que lo comunica con la zona de espera de los pacientes (ver Anexo I).

El mobiliario, ajustado a las necesidades del uso a que se destinaba era el siguiente:

- Una mesa tipo oficina para uso exclusivo de la enfermera en la que se ubicaba un ordenador.
- Una segunda mesa, perpendicular a la primera, y adosada a ella, definiendo ambas el espacio privativo de trabajo de la enfermera.
- En ambas mesas se situaban pequeños elementos propios del trabajo de oficina y personales de la enfermera: portalápices, pisapapeles, maceta decorativa...
- Una estantería adosada a la pared, en la que se encontraban los libros de consulta y archivadores que requieran el trabajo que se desarrolla.
- Un asiento móvil para la enfermera y una silla cómoda para el paciente.
- Una camilla.
- Un lavabo con pedestal, fijado a la pared.
- Un armario metálico con llave, para medicamentos y fijado a la pared.
- Una papelera junto al lavabo.

Los materiales de acabado interior de la consulta, tanto de los paramentos verticales como de soldado, cumplían las condiciones exigidas por la normativa vigente, respecto a los locales que desarrollan actividades relacionadas con la sanidad. El embaldosado de suelos y azulejado de paredes, incluso con piezas especiales en las uniones de paramentos verticales y horizontales, eran de obligado uso.

La sala de espera de los pacientes era el propio pasillo. Este pasillo, largo y estrecho, servía de traslado y comunicación entre las cuatro consultas. Allí se habían dispuesto una decena de sillas, la mayoría de las veces, no suficientes para el número de pacientes esperando para entrar en las consultas. Esto provocaba que ocasionalmente se acumularan un gran número de personas enfermas en un espacio reducido, como ocurrió la mañana del 12 de febrero de 2009.

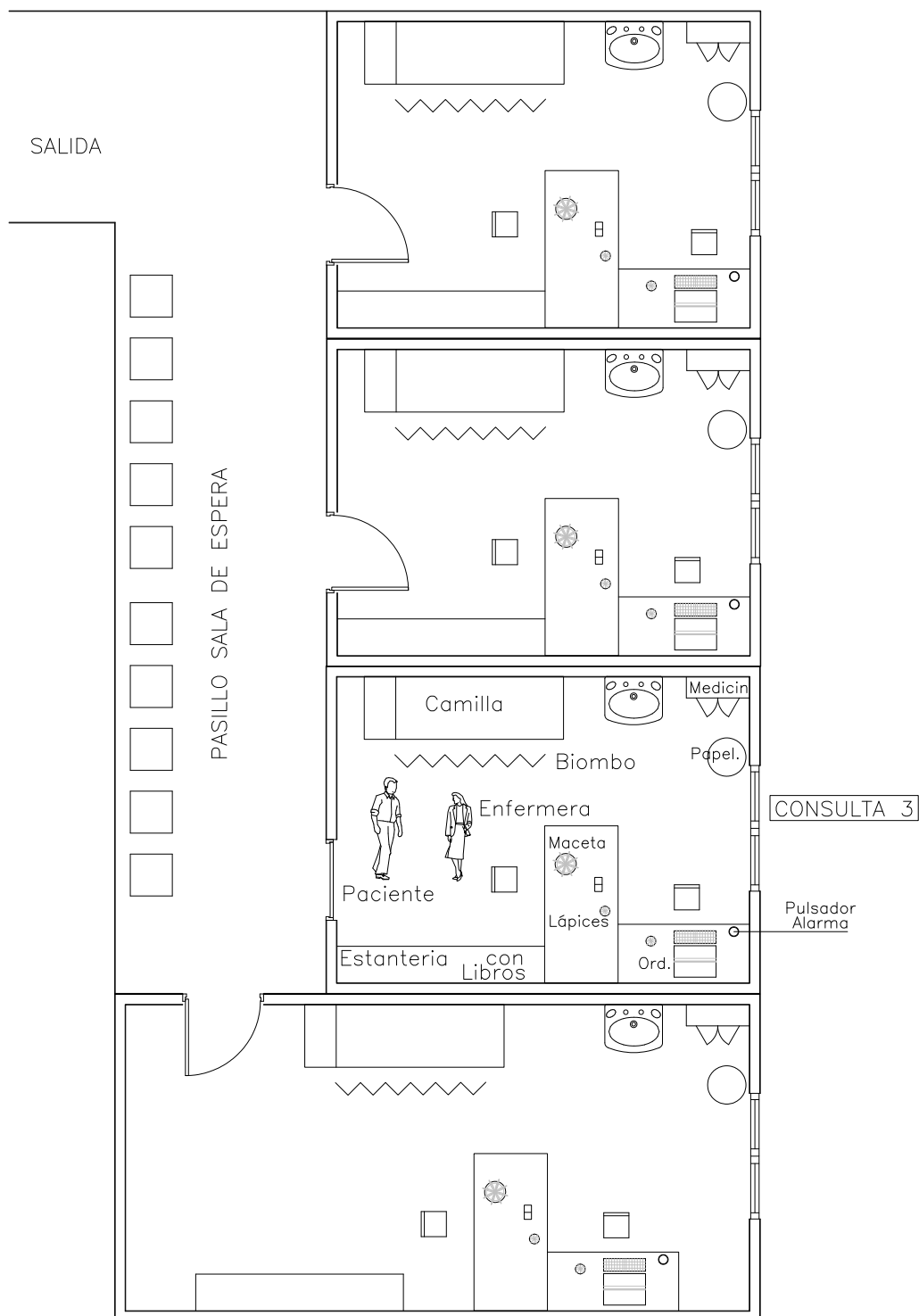
Párrafo de cierre

Coro se encuentra dentro de su despacho con el paciente y la puerta cerrada. Coro tiene dudas. ¿Puede intentar reconducir la agresión verbal de Iñigo? o ¿debe llamar inmediatamente a algún compañero o activar el protocolo del centro? Y si lo hace, ¿el estado de violencia del paciente es tan grave como para una contención física?

ANEXO I

Plano de la consulta de enfermería

Consulta número 3



ANEXO II

PROTOCOLO DE CONTENCIÓN MECÁNICA PSIQUIATRÍA (OSAKIDETZA)

GUIA DE ACTUACIÓN

1. INDICACIONES

- Esté agitado de forma peligrosa para él.
- Presente conducta auto o heteroagresiva.
- Requiera control intensivo.
- Presente riesgo alto de accidente o daño físico si se mueve sin control.
- Interfiera en su plan terapéutico o de los demás.
- La acepte como parte del plan terapéutico.
- Cause daños materiales en la Unidad.
- Corra peligro de fugarse si no está capacitado para decidirlo.
- Necesite reducir estímulos externos (aislamiento).
- Para facilitar su reposo en estados de confusión.
- Requiera refuerzo negativo en tratamiento conductual.

La indicación siempre será por orden médica salvo:

- **En situación de urgencia:** La enfermera podrá poner en marcha el procedimiento comunicándolo seguidamente al médico para que éste confirme la indicación y la haga constar por escrito.
- **Pautas de contención previamente acordadas y anotadas.**

2. TECNICA

- Intentar antes:
 - Comunicación empática (verbal y no verbal).
 - Ofrecer seguridad.
 - Alejarle de estímulos externos.

Si no es efectivo:

- Formar el equipo de crisis
 - **Al menos 5 personas:**
 - Psiquiatra
 - DUE
 - Auxiliares
 - Seguridad
 - **Decidir quién dirige el equipo**
- La enfermera avisará a:
 - **Seguridad**
 - **Psiquiatría** → Valoración del paciente y situación
 - Indicciones (anotadas)
 - Presencia durante la contención si se solicita:

A partir de este momento el intercambio verbal con el paciente es inadecuado, excepto para el director del procedimiento que le comunicará de forma clara que va a ser aislado o reducido, debido a que ha perdido el control.

3. QUIEN DIRIJA EL EQUIPO ORDENARÁ:

- Despojarse de objetos **sueltos o peligrosos** (gafas, anillos...)
- Quién mantendrá **apartados al resto de los pacientes.**
- Dos personas **colocarán las contenciones en la cama** para cintura y travesera. Llevarán las extremidades al cuarto.
- **La cama estará preparada y frenada.**
- **Cerrar puertas** de la habitación.
- La enfermera referente y el médico **atienden al paciente.**
- Otra enfermera **prepara la medicación.**
- El director del procedimiento **se lo explicará** al paciente.

*Una vez tomada la decisión **se debe dar tiempo al paciente para que acepte** las demandas verbales y para que se tumbe en la cama. Si no accediese a ello, sin lugar a discusión verbal, y en silencio*

- **Retirar la ropa** si es posible. Si no, retirar objetos peligrosos (mecheros, cinturones, etc. o que faciliten la fuga).

4. ORDEN DE LA CONTENCIÓN

- **Una persona por extremidad y otra para cabeza**
 - Cintura → extrem.
 - Superior → extrem
 - Inferior → contralateral
- **Aplicación de fármacos**
- **Comprobar** movilidad, eficacia y presión de las sujeciones
- **Acompañar** al paciente siempre, al menos 10 min. Salvo indicación en contra.

5. CUIDADOS POSTERIORES

- **Seguimiento médico:**
 - **El médico visitará al enfermo** preferiblemente dentro de la primera hora tras la sujeción y **siempre dentro de las 3 primeras horas**, y valorará la pertinencia o no de mantener la medida adoptada, así como el tratamiento a seguir.
 - **Visitará y valorará el estado del paciente al menos cada 12 horas**, revisando la indicación de la medida.
- **Comunicación a la familia:**
 - Se efectuará tras el procedimiento si se considera necesario, y **en todo caso, antes de la próxima visita al paciente.**
 - Lo hará, a ser posible, un miembro del equipo terapéutico que haya tenido contacto previo con la familia. Se decidirá según cada caso.
- **Control de:**
 - **Respiración**
 - Comprobar si es regular
 - Posibles apneas
 - Favorecer oxigenación: ¿cama a 45°?
 - **Constantes**
 - Dos veces por turno al menos
 - **Hidratación**
 - Si está consciente, al menos 4 vasos de líquido cada turno
 - **Alimentación**
 - Si la acepta y tolera. Anotar frecuencia y cantidad.
 - Usar cubiertos o vasos de plástico. Anotar frecuencia y cantidad.

- **Eliminación**
 - Pañal-empapador-cuña . Anotar frecuencia y cantidad.
- **Higiene**
 - Ducha si se le puede soltar. Si no pauta de encamado
- **Piel:**
 - Observar estado, color. Riesgo de úlceras por presión.
- **Articulaciones.**
 - Evitar anquilosis haciendo cambios rotatorios de sujeción de extremidades.
- **Circulación**
 - Comprobar si hay signos de compromiso.
 - Valorar el uso de antitrombóticos
- **Atención personal al paciente**
 - Comprobar evolución de la actitud, ansiedad... Comunicación verbal y **nueva explicación de la medida si precisa**
- **Comprobación de su estado al final de cada turno**

6. FINALIZACIÓN DE LA CONTENCIÓN

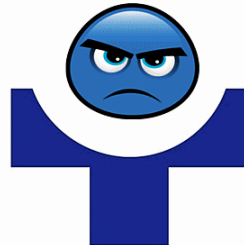
- **Según la observación y criterio de enfermería** si se ha obtenido el efecto terapéutico y tras ponerlo en conocimiento del médico, **salvo que éste haya pautado duración y condiciones de la medida.**
- **Si se observan complicaciones** que contraindiquen la continuación de la contención.

PROCEDIMIENTO

- Se le explicará la retirada al paciente
- Se reunirá un equipo de al menos 3 personas.
- Se hará de forma progresiva, salvo razones en contra.
 - * Liberación de una extremidad superior
 - * De su contra-lateral inferior
 - * El médico responsable, o la enfermera si así se ha acordado, deciden la retirada total.
- Se anotará lo efectuado en el evolutivo de enfermería.

ANEXO III

Derechos y obligaciones de los pacientes y usuarios de Osakidetza (resumen)



Logo "Basta ya"

Obligaciones de los pacientes

Los artículos 10 y 11 de la Ley General de Sanidad enumeran el conjunto de los derechos y obligaciones de los ciudadanos con las instituciones sanitarias. El Gobierno Vasco, mediante el Decreto 175/1989, aprobó la carta de Derechos y Obligaciones de los pacientes y usuarios del Servicio Vasco de Salud/Osakidetza, cuyo contenido es el siguiente:

- Colaborar en el cumplimiento de las normas e instrucciones establecidas en las instituciones sanitarias.
- Tratar con el máximo respeto al personal de las instituciones sanitarias, a los otros enfermos y a sus acompañantes.
- Cuidar las instalaciones y colaborar en el mantenimiento de la habitabilidad de las instituciones sanitarias.
- Firmar el documento de alta voluntaria en los casos de no aceptación de los métodos de tratamiento.
- Poner en conocimiento de los responsables de las Instituciones Sanitarias las irregularidades que observe en el funcionamiento de los Centros.
- Llevar la Tarjeta Individual Sanitaria siempre que se requieran servicios sanitarios.
- Utilizar los servicios de urgencia con la finalidad, de necesidad, para la que están creados, acudiendo preferentemente a los circuitos de servicios ordinarios.



Arrue, M. (2012). Paciente furioso: ¿Caos o control? – IKD baliabideak 3 -<http://cvb.ehu.es/ikd-baliabideak/ik/arrue-03-2012-ik.pdf>



Reconocimiento – No Comercial – Compartir Igual (by-nc-sa): No se permite un uso comercial de la obra original ni de las posibles obras derivadas, la distribución de las cuales se debe hacer con una licencia igual a la que regula la obra original.