

Gradu Amaierako Lana
Medikuntza Gradua

Nahaste Psikotikoen faktore pronostikoak

Gurutzeta-Cruces Ospitaleko argazkia

Egilea:

MAITE ARMANINO IRIGARAY

Zuzendaria:

OIANE MENTXAKA SOLOZABAL

AURKIBIDEA

1. JUSTIFIKAZIOA	1
2. SARRERA	2
2.1. PSIKOSIA ETA ESPEKTRU PSIKOTIKOA	2
2.2. ESKIZOFRENIA	4
2.2.1. Epidemiologia, agerpena eta garapena	4
2.3. NAHASTE PSIKOTIKOEN ETIOLOGIA, ESTRES- ZAUIGARRITASUN EREDUA ETA BESTE ARRISKU FAKTOREAK	5
2.4. NAHASTE PSIKOTIKOEN EBOLUZIOAN ERAGITEN DUTEN FAKTOREAK.....	7
2.5. TEKNIKA TERAPEUTIKO EZ FARMAKOLOGIKOAK.....	12
2.6. JARRAIPENERAKO BALIABIDE OSPITALARIOAK ETA EXTRAOSPITALARIOAK BIZKAIAN	13
2.7. OSASUN MENTALA ETA ESTIGMA.....	13
3. HELBURUAK	14
4. HIPOTESIAK	15
5. MATERIALAK, METODOAK ETA KONTSIDERAZIO ETIKO-LEGALAK	15
6. EMAITZAK.....	16
6.1. DATU OROKORRAK.....	16
6.2. TOXIKO KONTSUMOA	18
6.3. DERIBAZIOAK ETA DIAGNOSTIKOAK.....	19
6.4. OSPITALERATZEAREN ALDAGAIK	21
7. EZTABAIDA.....	24
7.1. ALDAGAI SOZIODEMOGRAFIKOAK.....	24
7.2. ALDAGAI KLINIKOAK	26
7.3. OSPITALERATZEEN EZAUGARRIAK	28
7.4. ABORDAI KOMUNITARIOA	31
8. ONDORIOAK	35
9. MUGAK.....	35
BIBLIOGRAFIA	36

1. JUSTIFIKAZIOA

Nahaste Psikotikoak eguneroko bizitzaren funtzionamenduan endekapen nabaria eragiten duten nahasteak dira (1). Maila indibidualaren narriadura honek eragin zuzena dauka komunitatean, izan ere banakoaren jarrera disruptiboak komunitatearen eta gizartean disrupzioa eragiten du (2). Errealitate honi irteera bat bilatzeko asmoarekin *Errekuperazio Funtzionala* kontzeptua agertu da, garrantzi kliniko, sozial eta ekonomiko handia duen kontzeptua (2). Orain dela urte batzuetara arte nahaste psikotiko larridun pazienteak instituzio itxietan mantentzen ziren. Azkenaldian zorionez eredu hori guztiz aldatu da eta nahaste hauek komunitatean tratatzea hobesten da, instituzio ospitalarioak kasu konkretuetarako murriztuz (3). Guzti honek nahaste psikotikoen helburu terapeutikoak nabarmenki aldatzea eragin du, izan ere, nahiz eta sintoma positiboen kontrola funtsezkoa izaten jarraitu, errekuperazio funtzionalak garrantzi handia hartu du eta oinarrizko helburua izatera igaro da (2). Errekuperazio funtzionalak funtzionamendu sozial eta kognitibo hobea lortzera laguntzen du eta ondorioz bizi-kalitatean eragin zuzena eta onuragarria dauka (2).

Psikosiaren tratamendurako baliabide extraospitalarioak nahikoak eta aproposak izatea ezinbestekoa da maneiu komunitario egokia burutzeko eta honek eragin zuzena dauka zirkuito ospitalarioan. Gero eta euskarri soziokomunitarioa sendoagoa izan orduan eta pazienteen euste hobea egingo da eta zirkuitu ospitalarioan sartzea eta honen eta komunitatearen arteko ate birakari fenomenoek agerpena ekidindo da. Hortaz, nahaste psikotikodun pazienteen bizi kalitatea hobetu, ospitaleratzeen ondoriozko gastu ekonomikoak murriztu, gizarte inklusioa sustatu eta funtzio sozial adaptatiboa lortzeko bidea eratzen da.

Azken finean zirkuito ospitalarioa paziente mota hauen plan terapeutikoaren zati oso txikia baino ez da eta hau horrela izanda, kalitatezko asistentzia global eta multidisziplinaria eman nahi bada bertan lan egiten duten profesionalen interbentzioa pazienteak ospitaleko atetik irtetzerakoan amaitzen ez dela argi izan behar dugu. Gertakari akutuen altan egiten diren deribazioek garrantzi handia dute, izan ere jarraipen komunitario mota baldintzatuko dute eta aipatu moduan hau plan terapeutikoaren ezinbesteko atala da. Gaixo bakoitzaren ezaugarri klinikoak eta

testuinguru soziala aztertzea behar beharrezkoa da bere baliabideei eta beharrei egokitzen den plan terapeutiko arrakastatsua ezartzeko eta ondorioz, garapen pertsonal eta sozial satisfactorioa izateko.

Lan honen helburua Gurutzetako ospitalean jasotzen ditugun Nahaste Psikotikodun pazienteen ezaugarri sozial, demografiko eta klinikoen deskribapena egitea da hauek pronostikoa izan dezaketen eragina ezagutzeko. Gainera, ezaugarri konkretu hauek kontuan izatea ezinbestekoa dugu pazienteen errekupeazio prozesuan aurkitu ahal dituzten zailtasunak aurreikusteko eta beharren arabera esku-hartze terapeutiko pertsonalizatuak eta arrakastatsua ezartzeko.

2. SARRERA

2.1. PSIKOSIA ETA ESPEKTRU PSIKOTIKOA

Psikosia errealitatearen pertzepzioan asaldurak eragiten dituzten sintomak barneratzen dituen kontzeptu zabala da (4). Sintoma psikotikoak beste prozesu mediko edo neurologikoen ondoriozkoak izan ahal diren arren (*Delirium* eta Dementzia kasu), askotan nahaste psikiatriko baten testuinguruan agertzen dira, hau da, primarioki (4). Hala ere, garrantzitsua da argi geratzea Psikosia ez dela nahaste psikiatriko guztietan agertzen eta nahiz eta agertu, ez dela beti oinarriko ezaugarria. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-V)* gidaliburuko “Eskizofreniaren espektruko nahasmenak eta beste nahasmen psikotikoak” atalean psikosia funtsezko ezaugarritzat duten gaixotasunak biltzen dira (**1.Taula**). 2013an argitaratutako 5. edizioak aldaketa handia eragin zuen Psikosia ulertzeko eta jorrazteko orduan, izan ere, aurreko edizioetako sailkapen kategorikoa alde batera utzi eta *Psikosi Jarraituaren* kontzeptua proposatu zuen. Kontzeptu berri honek aldaera psikotikoak sintomen larritasunaren, kopuruaren eta iraupenaren arabera bereizten ditu (5), Nortasun nahaste Eskizotipikoa espektruaren ertz arinenean kokatuz eta Eskizofrenia, aldiz, ertz larrienean (6).

1. Taula. DSM-Varen araberako Nahaste Psiketikoaren sailkapena.

Eskizofreniaren espektruko nahasteak eta beste nahaste psiketikoak
<ul style="list-style-type: none"> ◆ Nortasun nahaste eskizotipikoa ◆ Eldarnio-nahasmena ◆ Nahasmen psiketiko motza ◆ Nahaste eskizofreniformea ◆ Eskizofrenia ◆ Nahaste eskizoafektiboa ◆ Substantziek/Drogek eragindako nahaste psiketikoak ◆ Beste prozesu medikoen ondoriozko nahaste psiketikoak ◆ Beste nahaste psikiatriko bati loturiko Katatonia ◆ Beste nahaste mediko bati loturiko Katatonia ◆ Katatonia zehaztugabea ◆ Eskizofreniaren eta nahaste psiketikoaren espektruko beste nahaste zehaztua ◆ Eskizofreniaren eta nahaste psiketikoaren espektruko beste nahaste zehaztugabea

Psikosisa diagnostikatzeko ezinbestekoa da Gaixotasun Psiketikoaren bost domeinuak ikertzea (eldarnioak, haluzinazioak, pentsamendu eta diskurtso desantolatuak, jarrera motor oso desantolatuak edo ezegokia, katatonia barne, eta sintoma negatiboak) izan ere, DSM-Vak, Espektru eskizofrenikoko nahasteak eremu hauetako batean edo gehiagotan anomaliak egoteak definitzen ditu (4,7).

Lan honetan zehar eskizofrenia, psikosisa, eskizofreniaren espektruko nahastea eta nahaste psiketiko kontzeptuak sinonimo gisa erabiliko dira 1.Taulan adierazitako entitate guztiak barneratzeko.

2.2. ESKIZOFRENIA

Eskizofrenia Nahaste Psikotikoen espektruaren ertz larrian kokatzen den gaixotasun psikiatriko konplexua da (7,8). Sintomak heterogeneoak izaten dira eta nahiz eta gaixotasun honekiko eksklusiboak ez izan oso karakteristikoak dira (7). Hiru kategoriatan sailkatzen dira. **Sintoma positiboak** pertsona osasuntsuetan agertzen ez diren ezaugarriak dira, psikosia alegia. Psikosia eldarnio*, haluzinazio** eta pentsamendu eta jarrera desantolatu gisa adierazten da. Sindrome amotibazionalak **sintoma negatiboak** ditu ezaugarri, hala nola, gizarte-isolamendua, afektibotasun lautua, plazerra sentitzeko ezintasuna (anhedonia) eta energia eta motibazio murriztuak. Azken kategorian disfunzio kognitibo desberdinek eragindako **sintoma kognitiboak** daude (8). Azkenean finean, hiru arlo hauetako asaldurek nahaste mota hauek pairatzen dituzten pertsonen hainbat arlotan funtzionamendu endekatua izatea eragiten dute, hala nola, lana, ikasteak, autozaintza, independentzia, erlazio sozialak, etab (1). Argi dago nahaste psikiatrikoen artean Eskizofrenia ezgaitasun handiena eragiten duena dela eta ondorioz osasun-mental errekurtsio gehien behar dituen (1).

**Eldarnioa: Ebidentzia gatazkatsu sendoa egon arren aldatzen ez diren sinesmen finkoak dira. Edukia hainbat motatakoa izan daiteke, hauek dira ohikoenak: pertsekuzio-eldarnioa, eldarnio erreferentziala, eldarnio somatikoa, eldarnio erlijiosoa eta handitasun-eldarnioa (4,7).*

***Haluzinazioa: Kanpo estimulurik gabe gertatzen diren pertzepzio esperientziak dira. Argiak eta biziak dira, pertzepzio errealean eragin bera dute eta ez daude borondatearen menpe. Haluzinazioak edozein motako pertzepzio sentsoriala izan daitezke baina eskizofrenian eta bere espektruko nahasteetan entzumenezko haluzinazioak dira ohikoenak (4,7).*

2.2.1. Epidemiologia, agerpena eta garapena

Eskizofreniaren urteko intzidentzia 0.2-0.4koa da 1000 pertsonetikiko, %1ko prebalentziarekin eta herrialde arteko banaketa nahiko homogeenarekin (1). Hala ere, espektru psikotikoa osatzen duten nahaste guztiak kontuan hartzerakoan prebalentzia %2,30ra igotzen da, eta %3,5ra arte Nahaste Bipolarra eta Substantzien

Kontsumoak eragindako Nahaste Psikotikoak barneratzean (1). Eskizofreniaren intzidentzia berdina da emakume eta gizonen artean eta nahiz eta kasu gehienetan 16 eta 30 urte bitarteko pertsonetan agertu (1), emakumeetan 3-4 urte beranduago agertu ohi da (10). Hasiera berantiar honek gaixotasunaren eboluzioa onberagoa izatearekin lotzen da, izan ere gaixotu baino lehen pertsonak eginkizun soziala lortzea ahalbidetzen du eta ondorioz pronostikoa hobetu (1). Nahastearen garapenari dagokionez graduala izaten da eta kasuen %75an, batz bestez, 5 urteko fase prodromikoa eta urte bateko prefazio psikotikoa izaten du lehenengo ospitaleratzea baino lehen (10). Sintoma goiztiarrenak negatiboak izaten dira askotan sintomatologia depresiboarekin batera agertzen dira (10). Jarraian ezintasun kognitiboa eta gizarte narriadura agertzen dira eta azkenik, orokorrean urte batzuen ostean, sintoma psikotikoak (sintoma positiboak)(10). Sintoma negatiboak denboran zehar nahiko egonkor mantentzen diren bezala, sintomatologia positiboa aldakorragoa da eta eredu episodikoa jarraituz azaltzen da (1).

2.3. NAHASTE PSIKOTIKOEN ETIOLOGIA, ESTRES-ZAURIGARRITASUN EREDUA ETA BESTE ARRISKU FAKTOREAK

Nahiz eta gaixotasun psikotikoen etiologia guztiz ezaguna ez izan, ingurunearen eta predisposizio genetikoaren arteko harremanaren garrantzia adostuta dago mundu zientifikoan. Bi faktore hauek burmuinaren garapenean eta gizakiok bizitzan zehar egin beharreko adaptazio biologikoan eragiten dute (8) eta beraz, faktore hauetan kondizio bereziak egoteak garapen hori mugatu edo asaldatu dezake nahaste psikotikoen agerpena eraginez. Eredu hau, *Estres-Zaurigarritasun* izenarekin ezagutua (4), eskizofreniadun pazienteek oinarritzko zaurigarritasun psikobiologiko bat dutela argudiatzen du eta zaurigarritasun horren gainean faktore genetikoek eta ingurumeneko faktore desberdinek jarduten dutela (8). Beraz, behin kalteberetasun hori izanda, gaixotasunaren agerpena, garapena eta eboluzioa (birgaixotzeak barne) faktore biologiko eta ingurumeneko faktore desberdinen arteko elkarreraginak baldintzatzen du (1).

Nahiz eta asaldua genetiko konketuak deskribatuta ez egon, genetikak nahaste hauengan duen eragina askotan izan da frogatua eta kontsentsua nahaste hauen etiologia poligenikoan dago (11). Eskizofreniaren eta beste gaixotasun psikotikoen intzidentzia altuagoa da jada diagnostikatuta dauden pertsonen familia kideen artean (1). Hala ere, badago idiopatikoa den eskizofrenia proportzio esanguratsu bat non ez den harreman familiar argirik aurkitu, eta beraz, eskizofreniaren garapena guztiz genetikoki determinatua ez dagoela erakusten du estres-zaurigarritasun eredu horri balioztasuna emanez (11).

Egoera soziodemografiko konketuei loturiko estres soziala behin eta berriro frogatu den faktorea da. Hasteko, sakonki deskribatuta dago inguru urbanoetan hazteak nahaste psikotikoen garapenean eragina duela (12) eta hare gehiago, arriskuaren eta urbanizazio mailaren arteko harremana zuzenki proportzionala dela (9). Bestalde, bertako taldeekin alderatuta talde etniko migratzaileen artean nahaste psikotikoak garatzeko arrisku handiagoa ikusi da, alde batetik migrazio prozesuek suposatzen duten faktore estresagarriagatik eta bestetik, behin helmugara helduta pairatutako diskriminazioagatik (9,1). Honetaz gain, beste faktoreetan oinarritutako diskriminazioak (adina, sexua, itxura, orientazio-sexuala edota edozein motatako *handicap*-ak) (4) eta abusu-sexualak edota fisikoak pairatu izanak eldarniodun ideazioa izateko arriskua era berdinean handitzen duela demostratu da (11). Aipatutakoaz gain, errekurtsio ekonomiko eskasiak eta klase sozial marjinalak eskizofrenia tasa altuagoekin erlazionatu dira (1). Honek azaldu dezake etxegabeen artean nahaste psikotikoen prebalentzia populazio orokorrarena baino askoz altuagoa izatea (%10koa) batez ere garapen bidean dauden herrialdeetan (13). Aipatu beharra dago faktore soziodemografiko hauen eragina bereziki kaltegarria dela gizabanakoen garapenaren momentu kritikoetan gertatzen direnean, haurtzaroan eta nerabezaroan alegia (11).

Faktore biologiko ugarik laguntzaile gisa jarduten dute baita. Hala nola, aitaren adina handia izatea, pazienteen gizona izatea (nahaste psikotikoen agerpena goiztiarragoarekin eta klinika larriagoarekin lotua) eta baita jaiotza aurreko eta jaiotza momentuko gertakariak ere (8).

Sintoma psikotikoekiko esposizioa aipagarria da ere. Esposizio honek garrantzi berezia hartzen du garai kritikoetan gertatzen bada, haurtzaroa kasu. Wan MW eta kideek eskizofreniadun amak ikertu zituzten euren sintomatologia psikotikoa haurrengan nola eragin zezakeen aztertzeke. Ume horiek edozein motatako nahaste psikotikoa garatzeko arrisku gehiago zutela ikusi zuten. Badirudi amaren jokabide desegokitzaila kopurua dela haurren etorkizuneko emaitza psikopatologikoa mugatzen duen faktorea garrantzitsuena, ez amak pairatutako gaixotasun psikotiko konkretua (14).

Kannabisaren kontsumoaren eta psikosiaren arteko harremana askotan izan da ikertua eta berretsia. Kannabisa bera, substantzia psikotropikoa izanda, gai da pasarte psikotiko iragankorrak eragiteko batez ere psikosia garatzeko alde aurretiko joera duten pertsonetan eta horretaz gain, benetako nahaste psikotiko iraunkorrak eragiteko gaitasuna ere (9, 15). Kasu hauetan gaixotasunaren debuta goiztiarra izaten da (16). Alkoholaren eragina ere aipatu behar da, izan ere nerabezaroan zeharreko alkohol kontsumoa etorkizuneko nahaste psikotiko eta substantzien abusuagatiko nahasteekin izan da lotua, nahiz eta psikosiaren debut adinarekin harremanik ez izan (17).

2.4. NAHASTE PSIKOTIKOEN EBOLUZIOAN ERAGITEN DUTEN FAKTOREAK

Nahaste psikotikoen pronostikoari buruz hitz egiterako orduan hainbat arlo hartu behar dira kontuan. Alde batetik arlo klinikoa dugu, zeinak besteen artean, erremisio sintomatikoa, birgaixotzeak eta ospitalizazioak ikertzen dituen eta bestetik arlo sozial-okupazionala, zeinak erremisio funtzionala, autozaintza ahalmena, ahalmen sozialak eta eguneroko bizitzarako funtzionamendu orokorra ikertzen dituen (18).

Baina zer esan nahi dute erremisio eta susperraldi kontzeptuek? Erremisioaz hitz egiten dugunean sintomen desagertzeaz edo sintomatologiaren murrizpenaz ari gara (19). Suspertzea aldiz, kontzeptu askoz zabalagoa da eta medikazioaren behararen desagertzea, funtzionamendu psikosozial egokiaren berreskurapena eta

gaixotasunaren onarpena barne hartzen ditu (19). Suspertzea, beraz, epe luzerako fenomeno da, erremisio sintomatikoa beharrezko urratsa du, baina ez da bakarria (19).

Nahaste psikotikoen erremisio klinikoan eta funtzionalean iragartzen duten faktoreak behin eta berriro izan dira ikertuak. Alde batetik aldagai demografiko orokorrak (debut adina, sexua, euskarri sozioekonomikoa) eta bestetik aldagai klinikoak (sintomatologia negatibo eta kognitiboa, tratatu gabeko psikosiaren iraupena *DUP*, doikuntza premorbidoa, teknika terapeutikoak, substantzia kontsumoa), baita estigma ere (20).

Sexu desberdintasunak eskizofrenian aspalditik dira ezagunak. Gaixotasunaren alderdi gehienetan agertzen dira: prebalentzian, intzidentzian, debut adinean, aurkezpen klinikoan, eboluzioan eta tratamenduarekiko erantzunean adibidez (1). Sexu femeninoa sintoma afektiboen presentziarekin eta sintomatologia negatibo eta kognitibo urriagoarekin harremanatu da, baita debut adin berantiaragoarekin ere (1). Aipatutako ezaugarri guzti hauek gaixotasunaren bilakaera onberagoa aurreratu dute eta sexu femeninoan agertu ohi direnez, pronostikoa hobea izaten da gizarte talde honetan (21). Debut goiztiarrak eta sintoma negatibo eta desantolatu kopuru handiek, aldiz, sexu maskulinoan dira ohikoagoak eta bilakaera gaiztoagoa iragartzen dute. Dena den, ez dago ebidentzia sendorik sexuak aldagai independente moduan jarduten duela baieztatzeko, bere eragina, positibo zein negatiboa, aurkezpen klinikoarekin estuki lotuta dago eta (21, 22).

Gaixotasun psikotikoen bilakaeraren aurrerale indartsuena psikosiaren debuta baino lehen izandako garapen sozial maila da, eta hau, gaixotasuna garatzen den adinarekin estuki lotuta dago (1). Hala ere, naiz eta psikosiaren debut adina aldagai oso ikertua izan, ikerketen emaitzak nahiko heterogeneoak dira eta konklusio konkretu batera heltzea zailtzen dute. Batzuek debut goiztiarra eboluzio onberagoarekin erlazionatzen duten bitartean beste batzuek eragin negatiboa duela baieztatzen dute eta beste ikerketa taldeek aldiz ez dute harreman signifikatiborik aurkitu (18). Hau horrela izanda ere, tradizionalki debut adin gaztea erremisio sintomatikoa lortzeko aukera urriagoarekin eta sintomatologia negatibo nabarmenagoaren, birgaixotze kopuru handiagoaren, ospitaleratze behar

ohikoagoaren, egonaldi luzeagoen, funtzionamendu sozio-okupazional okerragoaren eta emaitza orokor kaskarragoarekin harremanatu da (18, 20), batez ere nahastearen hasiera haurtzaroan eta nerabezaro garaian gertatzen denean (23). Debut adina alde batera utzita aipatu beharra dago pazientearen adin gazteak, batez ere 40 urte baino gutxiagokoa denean, erremediazio kognitiboa lortzeko terapia kognitiboei erantzun itxaropentsuagoa iragartzen duela, adin gazteak hobekuntza kognitiboaren eta funtzionalaren aurreikusle positibo gisa jarduten du eta (24). Hau gaixotasunaren eboluzio urteekin dago harremanatuta, izan ere, gero eta eboluzio urte gutxiago izan (eta ondorioz, orokorrean, adin gazteagoa) pronostiko kognitibo-funtzionala hobea lortzen da (24).

Psikosi aurrekari familiarren eragina berresten duten ikerketak ez dira aurreko aldagaienak bezain ugariak eta sendoak baina hala ere, hauen eragina ikertua izan da eta bi ikuspegi desberdin bereizi ahal ditugu. Alde batetik nahaste psikotiko familiarren aurrekariak duten eragina dago, aurrekari puruak izateagatik (25). Hauen eragina txikia baina estatistikoki esanguratsua da eta epe luzerako ahalmen okupazional, sozial eta kliniko txarrarekin izan dira erlazionatuak (25). Bestalde, sintoma psikotiko *floridoekiko* esposizioak duen eragina dago, izan ere, nahaste psikiatriko larriaren senideekin bizi diren pazienteen eboluzioa okerragoa izan ohi da (26).

Euskarri sozioekonomikoaren garrantzia behin eta berriro izan da ikertua eta demostratua literaturan zehar. Ezkonduta egotea edo bikotea izatea eta hezkuntza maila altua edota lanbide aktiboa izatea adherentzia terapeutiko hoberekin harremanatu dira, eta ondorioz, pronostiko onberagoarekin (27). Horretaz gain, familiaren epe luzeko esku-hartzea birgaixotze psikotikoak izateko arriskua murrizten du, ospitaleko egonaldia laburtzen du eta pazienteen funtzio soziala hobetzen du (25). Bestalde, haurtzaroan zeharreko lagun kopuru txikiak, eskola-errendimendu eskasak, aitaren klase soziala altuak eta doikuntza premorbido [pertsona batek sintoma psikotikoak garatu baino lehen harreman sozialak eta intimoak eratzeko eta mantentzeko duen gaitasuna baita izan dituen lorpen akademikoak ere (28)] eskasak eboluzio okerragoa eragiten dute (19,29) eta

familiaren garrantzia berriz ere azpimarratuz, familia-gatazka testuinguruak erremisio sintomatiko aukerak murrizten ditu (23).

Lehenago ikusi den bezala Nahaste Psikotikoek espektru zabala osatzen dute non gaixotasun konkretu bakoitza sintoma mota eta intentsitatearen arabera definitzen den (5). Nahaste espezifikoko bakoitzaren pronostikoa beraz, sintomatologiak mugatzen du neurri handi batean. Nahaste Psikotiko Motzdun eta Psikosi Zehaztugabedun pazienteek tratamenduarekiko erantzun hobea eta erremisio sintomatiko tasa altuagoak dituzte (23). Eskizofrenia, aldiz, epe luzerako emaitza okerrenak erakutsi dituen diagnostikoa da (23). Honetaz gain osagai afektibodun patologiek nahaste psikotiko puruek baino pronostiko onberagoa dutela ikusi da (26).

Debut adinarekin estuki erlazionatuta dagoen beste faktore bat tratatu gabeko psikosiaren iraupena da, ingelesez DOI (*Duration of Untreated Psychosis*). DUP luzeak epe motzera eta luzera emaitza terapeutiko eskasak aurreikusten dituen eta gehien errepikatzen den aldagaietako bat da. Erantzun terapeutikoan, birgaixotze arriskuan eta erremisio sintomatikoan eragina dauka (23). Gainera, DUP luzeek hautemandako autoestigmarekin lotura izatea liteke eta autoestigma hori paziente kronikoen errekupeazio-tasa baxuagoekin lotu da, baita atxikidura terapeutiko txikiagoarekin ere, zeinak bitartekari-faktore gisa jarduten duen (23). DUP motza, aldiz, erremisio azkarrago eta egonkorragoarekin, sintomatologia positibo gutxiagorekin eta funtzionamendu sozial egokiagoarekin harremanatu da (19, 26). Aipatu beharra dago DUP luzera motzak ez duela birgaixotze arriskua gutxitzen, hala ere, birgaixotze arteko denboraldia luzeagoa dela ikusi da paziente hauen artean (19).

Substantzia kontsumoak eboluzio kaskarraren iradokizaille gisa jarduten du. Nahaste psikotikoen testuinguruan askoz prebalenteagoa da sexu maskulinoan femeninoarekin konparatuta eta langabeziarekin, etxe gabeziarekin, tratamenduarekiko adherentzia eskasarekin eta harreman sozial eskasekin izan da lotua (30). Gainera, diagnostiko duala duten pazienteek, hau da, Nahaste Psikotikoa gehi Substantzien Kontsumoagatikoa Nahastea sintoma psikotiko larriagoak eta birgaixotze goiztiarragoak eta ohikoagoak izaten dituzte psikosia bakarrik

dutenekin alderatuta (31). Efektu hau batez ere Kannabisarekin ikertua izan den arren kokainak eta alkoholak ere eragin dezakete, hala ere zaila da droga bakoitzaren eragina ikertzea polikontsumoa egoera ohikoena izaten delako (31). Aipatzekoa da antipsikotikoek paziente gehienetan ez dutela substantzia kontsumoa murrizten, klozapina izan ezik, zeinak alkohol, kannabis eta tabakoaren kontsumoaren murrizketan lagungarria izatea erakutsi duen (32).

Sintomatologia negatiboa eboluzio txarraren prediktore garrantzitsuenetakoa da (20) eta suspertze aukerak gutxiagotzen eta epe luzerako emaitza funtzional kaskarrak aurreikusten dituen arren, ez du tratamendu medikoarekiko erantzun txarra iragartzen eta beraz, ez da epe motzerako pronostikoaren indikatzaile ona (23). Hala eta guztiz ere, erremisio sintomatikoa behin lortuta hau mantentzeko probabilitatea handiagoa da sintoma negatibo karga baxua duten pazienteetan (23).

Aipagarria den beste kontzeptu bat “*insight*”a da, paziente batek bere prozesu patologikoari buruz duen ulerpen intelektuala eta emozionala alegia (33). Tradizionalki nahaste propioaren kontzientzia maila txikia izatea tratamenduarekiko atxikidura ezegokiarekin eta eboluzio kliniko okerrarekin lotu izan da (19) baita sintomatologia psikotiko nabariagoarekin (33). Insight ona, aldiz, klinika depresibo gehiagorekin, eboluzio kliniko hobearrekin eta tratamendu adherentzia handiagoarekin erlazionatzen da (19). Hala ere sailkapen hain kategoriko hau zalantzan jarria izan da azken ikerketetan Insight-a kontzeptu eta prozesu askoz konplexuagoa dela argudiatuz (33).

Eskizofreniaren espektruko nahasteen oinarrizko tratamendua medikazio antipsikotikoa da (27). Adherentzia terapeutikoa tratamendu antipsikotikoaren arrakastaren oinarrizko osagaia da. Gai honi buruz publikatu diren errebisioen arabera nahaste psikotikodun pazienteen adherentzia eza %40-60 artekoa da eta batzuen arabera tasa %75-90ra hel daiteke ospitaleko altaren osteko lehenengo bi urteetan (27). Tratamendu medikoaren betetze terapeutiko ezegokia ospitaleratzeen luzapenarekin, emaitza sintomatiko okerrekin eta brigaxotze arriskuaren handipenarekin izan da lotua (27). Betetze-terapeutikoan eragin positiboa izatea demostratu duten faktoreak hezkuntza maila altua, lanbide aktiboa izatea, sexu femeninoa eta ezkondua egotea dira eta pentsa genezakeenaren aurka, ikerketa

ugaritan ez da aurkitu antipsikotikoen bigarren mailako efektuen eta adherentzia-terapeutiko desegokiaren arteko harremanik (27). Tratamenduko lehenengo 1-4 asteetan dagoen erantzuna faktore prediktibo gisa jarduten du ere (23). Denbora tarte horretan egoera psikopatologikoaren hobekuntza egoteak edo ez egoteak indarrez aurreikusten du beranduago egongo den tratamenduarekiko erantzuna, batez ere paziente kronikoetan (23). Aipatu beharra dago tratamendu antipsikotikoa eboluzioaren aurreikusle oso potentea izan arren emaitzak hobeak direla tratamendu mediko honi terapia psikosozialak gehitzen zaizkionean (23).

Erabilitako tratamendu antipsikotiko mota eboluzioarekin estuki erlazionatuta dago baita. LAI-ak (*Long Acting Injectable Antipsychotics*) aho-bidezko antipsikotikoekin alderatuta eraginkorragoak dira birgaixotzeak eta ospitaleratzeak saihesten eta eskizofreniaren eboluzio orokorra onberagotu dezakete (34). Eboluzio luzedun pazienteetan erabilgarriak eta eraginkorrak izateaz gain LAI-ak lehenengo gertakari psikotikoen tratamendu gisa erabili daitezke (35).

Nahaste psikotikoek natura kronikoa dute eta euren karakteristikoa den kronizitate horrek eragina dauka gaixotasunaren eboluzioan. Birgaixotze kopurua erantzun-terapeutikoarekiko alderantziz proportzionala izanda, erremisio sintomatikoa lortzeko denbora handitzen doa birgaixotze bakoitzarekin (23). Beraz gaixotasunak zenbat eta eboluzio urte gehiago izan, pazienteek orduan eta egokitze-ahalmen eta lan-gaitasun txikiagoa izaten dute (24, 26). Horretaz gain, paziente kronikoek tratamenduarekiko erresistentea den eskizofrenia (*TRS: Treatment Resistant Schizophrenia*) garatzeko aukera gehiago dituzte lehenengo gertakari psikotikodun pazienteek baino (20).

2.5. TEKNIKA TERAPEUTIKO EZ FARMAKOLOGIKOAK

Tratamendu farmakologikoa sintoma positiboen kontrolaz arduratzen den heinean ez da sintoma negatiboak eta kognitiboak hobetzeko gai eta beraz beste abordai metodoak erabiltzeko beharra sortzen dute (1). Terapia ez farmakologikoa beraz, psikosiaren tratamenduaren oinarritzko beste osagaia da eta hainbat motatakoa izan daiteke. Tratamendu Asertibo Komunitarioak, terapia okupazionalak (36), tutoretzapeko lanak, terapia kognitibo-konduktualak, familia kideentzako terapia

psikoedukazionalak eta gaitasun-sozialen lanketa onura esanguratsuak erakutsi dituzte gaitasun kognitiboaren hobekuntzan (1). Hauetaz gain badaude hedatzen ari diren beste terapia motak hala nola, musikoterapia (37) baratzezaintza terapia (38), arteterapia (39), zeinek pazienteen hobekuntza funtzionalean lagungarriak izatea erakutsi duten.

2.6. JARRAIPENERAKO BALIABIDE OSPITALARIOAK ETA EXTRAOSPITALARIOAK BIZKAIAN

Bizkaiko Osasun Mentaleko Sarean (BOMS) hainbat baliabide garatu dira paziente psikiatrikoen beharrak asetzeko nahian. Zerbitzu ospitalarioen artean, gertakari akutuak maneiatzeko Gurutzeta-Cruces, Basurto eta Galdakaoko ospitaleak daude. Egonaldi Ertaineko Unitateak Zamudioko eta Zaldibarreko ospitaleetan aurki daitezke eta azkenik, Errehabilitazio Unitate hiru daude: Zamudion, Zaldibarren eta Bermeon. Ospitaletik kanpoko zerbitzuen artean, aldiz, Osasun Mentaleko Zentroak (24), Eguneko Ospitaleak (15), Tratamendu Asertibo Komunitariorako 5 talde, Etxe gabekoen tratamendu asertibo komunitariorako talde bat Bilbon, Heziketa Zentro Terapeutiko bat, Adikzioetarako Eguneko Ospitale bat eta Haurren eta Nerabeen Osasun Mentaleko 4 zentro eta Eguneko Ospitale bat (40).

Osakidetzatik kanpo dauden elkarteak eta fundazioak daude ere. Hauek eguneko ospitaleak, etxebizitza lagunduak, minierresidentziak, klub sozialak, bizimodu independentea sustatzeko eta mantentzeko programak, lanbide formazio lagunduak, inklusio soziala sustatzeko programak eta gaixoentzat eta bere familientzat babes juridikoa bermatzeko sareak eskaintzen dituzte (Argia fundazioa, Bizitegi, Hogar Izarra, AVIFTES, Zubietxe). Aurreko guztietaz gain, batez ere drogomenpekotasunen eta Patologia Dualaren maneiuaz arduratzen diren beste elkarteak daude, Gizakia eta Etorikintza fundazioa alegia.

2.7. OSASUN MENTALA ETA ESTIGMA

Osasun mental arazoak dituzten pertsonen nahasteak eragiten dizkien sintomak pairatu behar izateaz gain gizarteak dituen erreakzioak eragiten dieten zailtasunak ere jasan behar dituzte (1). Nahaste psikiatrikoen inguruan gizarteak dituen estereotipoek (arriskua, iragarrezintasuna, gaitasun eza,...), aurreiritziek eta

gauzatutako diskriminazioak estigmaren sorreran eragiten dute, *Estigma Publikoa* alegia. Nahaste psikiatrikodun pertsonak aurreiritzi, estereotipo eta Estigma Publiko horren kontziente izaten hasten direnean “*Estigma Barneratu*” kontzeptua agertzen da zeinak zuzenean pazienteen autoestiman eta autokonfiantzan eragiten duen eta lan-gaitasuna, gaitasun soziala, independentzia-pertzepzioa, autozaintza-ahalmena eta beste hainbat arlo kaltetzen dituen (41). Gainera estigmak pazienteek euren nahastea ezeztatzea eragin dezake laguntza-eskaera atzeratuz eta betetze terapeutikoa zailduz, eta orain arte ikusi dugunez bi gertakari horiek pronostiko txarraren iragarle dira (1). Nahaste psikotikoen artean Eskizofrenia eta Psikosiaren Espektruko Nahasteak dira estigma karga handiena dutenak (1).

3. HELBURUAK

- Gurutzeta-Cruces Ospitaleko Psikiatria Unitatean ingresatzen duten pazienteen ezaugarri soziodemografikoen eta klinikoez analisi deskriptiboa egitea.
- Pazienteen oinarritzko aldagai soziodemografikoez eta klinikoez patologian nola eragin dezaketen azaltzea eta baldintzatu dezaketen beharrei buruzko hausnarketa egitea.
- Nahaste Psikotikoez eragiten duten endekapen pertsonal orokorra azpimarratzea.
- Endekapen indibidual horrek gizartean, osasun-sisteman eta sistema ekonomikoan daukan eragina gogoraraztea.
- Nahaste mota hauek pairatzen dituzten pertsonen beharrei erreparatzearen garrantzia azpimarratzea eta horrek euren eboluzio klinikoan eta batez ere, proiektu-bitalaren sorreran eta bilakaeran daukan pisua azpimarratzea.
- Nahaste Psikotikoen maneio multidiziplinar eta zerbitzu-arteko koordinatuaren garrantzia azpimarratzea.

4. HIPOTESIAK

1. Gurutzeta-Cruces Ospitalean ingresatzen duten pazienteen gehiengo sexumaskulinoa du.
2. Toxiko kontsumoa konstante bat da Psikiatriako Unitatean ingresatzen duten pazienteen artean.
3. Funtzionalitate-sozial mailaren endekapena ohikoa da jasotzen ditugun gaixoen artean.
4. Gurutzeta-Cruces Ospitaleari dagokion lurralde zatiaren ezaugarri soziodemografikoen ondorioz ohikoa da bertan ingresatzen duten pazienteek pronostiko kaskarraren aurreikusle diren hainbat faktore biltzea.

5. MATERIALAK, METODOAK ETA KONTSIDERAZIO ETIKO-LEGALAK

Lan deskriptibo honetarako erabili den datu basea osatzeko Gurutzeta-Cruces Ospitaleko Psikiatria unitatean ingresatu diren pazienteen datu ospitalarioak erabili dira. Pazienteen profila ezartzeko bi parametro erabili dira: parametro diagnostikoa eta parametro tenporala. Parametro diagnostikoari dagokionez DSM-Varen arabera Eskizofreniaren eta beste Nahaste Psikotikoen Espektruan barneratuta dauden patologiak bakarrik aukeratu dira, beste diagnostiko psikiatrikodun ingresoak alde batera utziz. Bestalde, parametro tenporala ezarri da, zeinaren arabera 2019 urtean zehar ingresatu diren pazienteen datuak soilik erabili diren. Iragazki hauek ezarri ostean, 118ko N-a lortu da.

Lana egiteko erabili diren aldagaiak helburu nagusian zehaztutako multzoetan barneratzen direnak izan dira, hau da, aldagai soziodemografiko orokorrak eta aldagai klinikoak. Azken hauen barnean ingresoari buruzko aldagai zehatzak ere batu dira. Datuen analisi deskriptiboa burutzeko datu basea osatzeko erabilitako programa berdina erabili da, IBM SPSS Statisticsaren 21 Bertsioaren pakete estatistikoa. Aipatutako analisia egiteko, aldagai jarraituak bataz-besteko eta desbideratze estandar gisa aurkeztu dira, aldagai kategorikoak maiztasun eta portzentai gisa adierazi diren bitartean.

PubMed plataformak garrantzi handia izan du lanaren sarrerarako informazioa biltzeko eta analisi estatistikoan lortutako emaitzen kontrastea burutzeko. Ebidentzia kalitate ahalik eta gorenena lortzeko asmoz ikerketa motaren iragazkia erabili da batez ere metaanalisiak eta errebisio sistematikoak erabiltzeko, nahiz eta beste motatako ikerketa batzuk ere erabili izan diren. Ikerketen bilaketa egiteko erabili diren hitz gakoak, besteen artean, “schizohrenia”, “psychosis”, “prognosis”, “relapse”, “remission”, “functional outcomes” dira.

Kontsiderazio etiko-legalei dagokionez, lan honen garapenak Praktika Kliniko Egoki internazionalen arauekin, Helsinkiko Deklarazioarekin -bere azken zuzenketan- eta nazioarteko zein maila nazionalako arau eta erregulazioekin bat dator eta horregatik ikerketa klinikorako etika komitearen baimena behar izan dugu. Hortaz, proiektu hau egiteko Ezkerraldea-Enkarterri-Gurutzeta OSIaren etika batzordearen onarpena izan dugu, CEIC E22/12 kodepean.

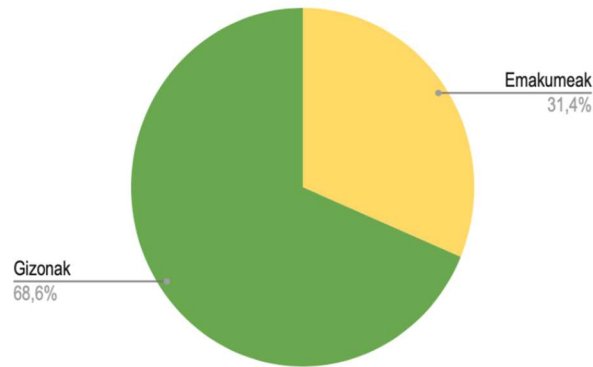
6. EMAITZAK

Datu basearekin egindako analisi estatistikoan lortutako datuak aurkezten da jarraian. Argazki honen bitartez 2019 urtean zehar Gurutzetako ospitaleko Psikiatria-Unitatean ingesatutako pazienteen ezaugarriak deskribatu nahi ditugu. Aipatu bezala, gure n-a 118 pazientekoa da.

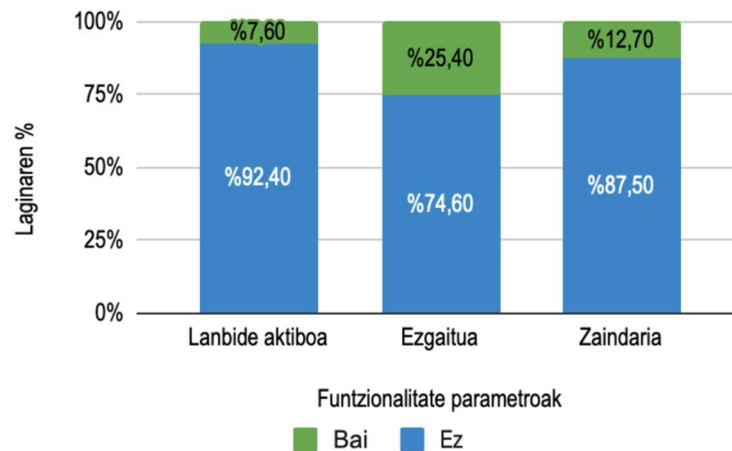
6.1. DATU OROKORRAK

Ezaugarri soziodemografiko orokorrekin hasiz, paziente ingesatuen %68,60 gizonak izan dira eta %31,40 emakumeak (**1.Irudia**). Ospitaleratze momentuko bataz-besteko adina 44'69 urtekoa da, paziente gazteena 22 urteduna eta zaharrena 77 urteduna izanda. Bizilekuari dagokionez, gurutzetan ingesatzen duten pazienteen %42,20a Barakaldokoa da, %16,90 Gurutzetari ez dagozkion udalerrietakoak eta %13,30a Sestaokoak.

Funtzionaltasunari dagokionez, ingresu momentuan laginaren gehiengoak (%92,40) ez du lan aktiborik nahiz eta soilik %25a ezgaitua egon. Senitartekoak ardurapean dituzten gaixoen proportzioa minoritarioa da baita ere, %12,70a (**2.Irudia**).



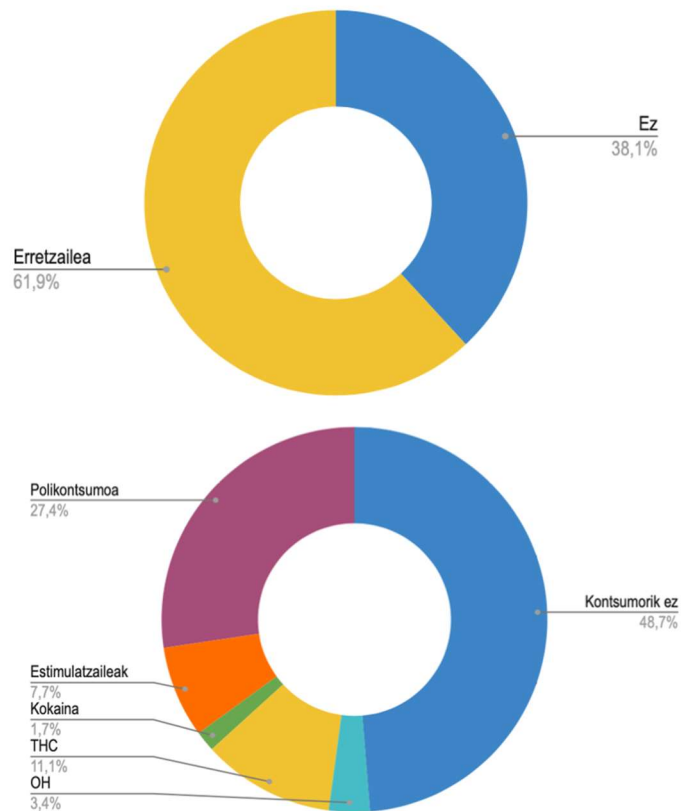
1. Irudia. Lagineko emakumezkoen eta gizonzkoen portzentaiak. Laginean 81 gizon daude (%68,60) eta 37 emakume (%31,40).



2. Irudia. Funtzionaltasun-parametroen adierazpena. Ezkerreko zutabeen lanbide aktiboaren prebalentzia adierazten da: %92,40ak ez du lanbide aktiborik eta %7,60ak bai. Erdiko zutabeen ezgaitasun legala duten pertsonen portzentaia adierazten da: %25,40a ezgaitua dago eta %74,60 ez. Eskuineko zutabeen ardurapeko pertsonak dituzten edo ez adierazten da: laginaren %87,50ak ez du ardurapeko pertsonarik, %12,70ak bai.

6.2. TOXIKO KONTSUMOA

Toxikoen kontsumoa berebiziko garrantzia duen aldagaia da. Laginaren %61,90a tabako kontsumitzailea da eta %51,30 beste droga mota kontsumitzailea, polikontsumoa eta THC kontsumoa egoera ohikoenak izanda, lagin osoaren %27,40 eta %11,10 hurrenez hurren (**3.Irudia**).

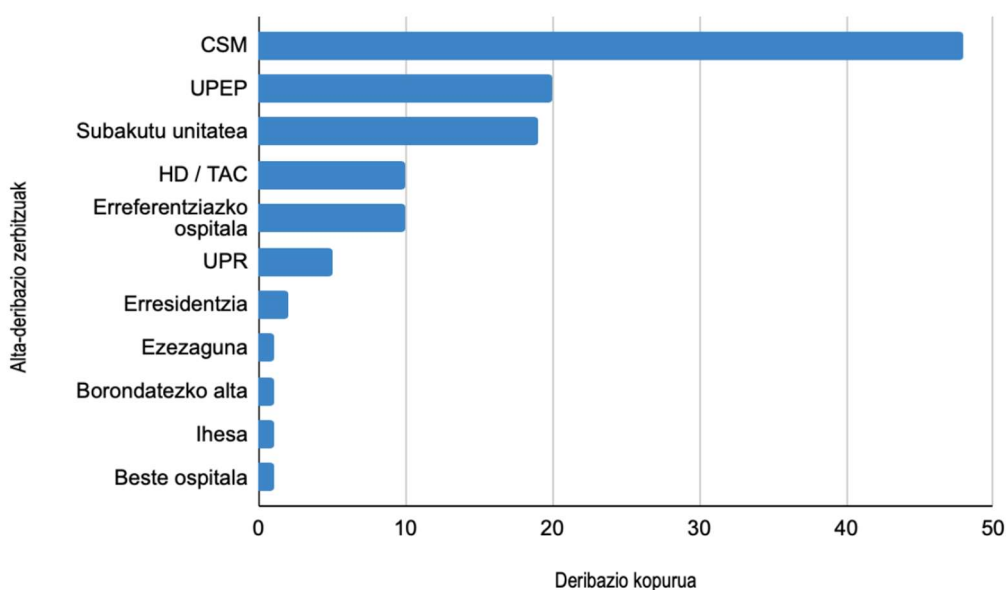


3. Irudia. Lagineko tabako eta bestelako drogen kontsumo tasak.

Goikaldean lagineko erretzaileen (%61,90) eta ez erretzaileen (%38,10) tasak adierazten dira. Behekaldean beste droga moten kontsumo tasak adierazten dira, non %48,70ak ez du drogarik kontsumitzen eta %27,40a polikontsumitzen duen.

6.3. DERIBAZIOAK ETA DIAGNOSTIKOAK

Aldagai klinikoei erreparatuz, ospitaleratze gehienak CSMek egindako deribazioen ondoriozkoak dira alde handiarekin (%60) eta jarraian UPEP-etatik (%12,20). Bestelako zerbitzuetatik egindako deribazioak askoz ezohikoak dira eta batez ere Egonaldi Ertaineko Unitateetatik eta Zerbitzu Sozialetatik burutu dira. Modu berean, akutu unitatetik alta ematen zaien pazienteen %40a CSM-etara bideratzen dira, %16,90 UPEP-etara eta %16,11a Egonaldi Ertaineko Unitateetara (**4. Irudia**).



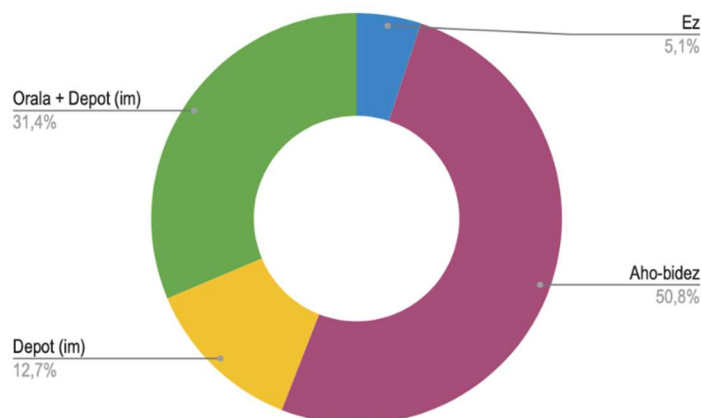
4. Irudia. Ospitaleko alta-deribazioen norakoa. Deribazio kopuru handiena (48) Osasun mentaleko zentuetara (CSM) egiten da, lehen gertakari psikotiko (UPEP) (20) eta subakutu unitateek (19) jarraitua. Laugarren postua Eguneko Ospitaleek (HD) eta Terapia Aseritibo Komunitarioako taldeek (TAC) batera osatzen dute (guztira 10 deribazio).

Diagnostiko primario nagusia Eskizofrenia da alde handiarekin (%56,60) eta jarraian Nortasun-nahaste eskizoafektiboa (%18,80). Gure lagineko hirugarren diagnostiko ugariena Zehaztu-gabeko psikosia da (%7,60) eta pentsa genezakegunaren aurka txikoen eragindako psikosiek %0,80a baino ez dute osatzen (**2.Taula**). Ingresatuen %40ak diagnostiko sekundarioa du baita ere eta hauen artean toxikoen abusuagatik nahastea da ohikoena (%19,80).

2. Taula. Alta momentuan esleitutako CIE-10 diagnostikoa. Diagnostiko ugariak Eskizofrenia eta Nahaste eskizoafektiboak dira, %56,80 eta %18,60ko tasekin hurrenez hurren. Hlugarren postuan Zehaztugabeko Psikosi ez organikoak ditugu eta laugarren eta bostgarren postuan, prebalentzia tasa berdinekin, Eldarnio-ideien nahastea eta Nahaste psikotiko akutu era iragankorrak.

CIE-10 Diagnostikoa alta momentuan		Maiztasuna	Portzentaia
Baliozkoak	F20. Eskizofrenia	67	56,80
	F21. Nahaste Eskizotipikoa	1	0,8
	F23. Nahaste psikotiko akutu eta iragankorrak (Bouffée délirante)	6	5,10
	F24. Eldarnio- ideien nahastea	6	5,10
	F25. Nahaste eskizoafektiboak	22	18,60
	F14.5 Kokainak eragindako nahaste psikotikoa	1	0,8
	F29. Zehaztugabeko psikosi ez organikoa	10	8,40
	F19.5. Toxikoen eragindako nahaste psikotikos	1	0,8
	Lehen gertakari psikotikoa	4	3,40
	Totala	118	100,0

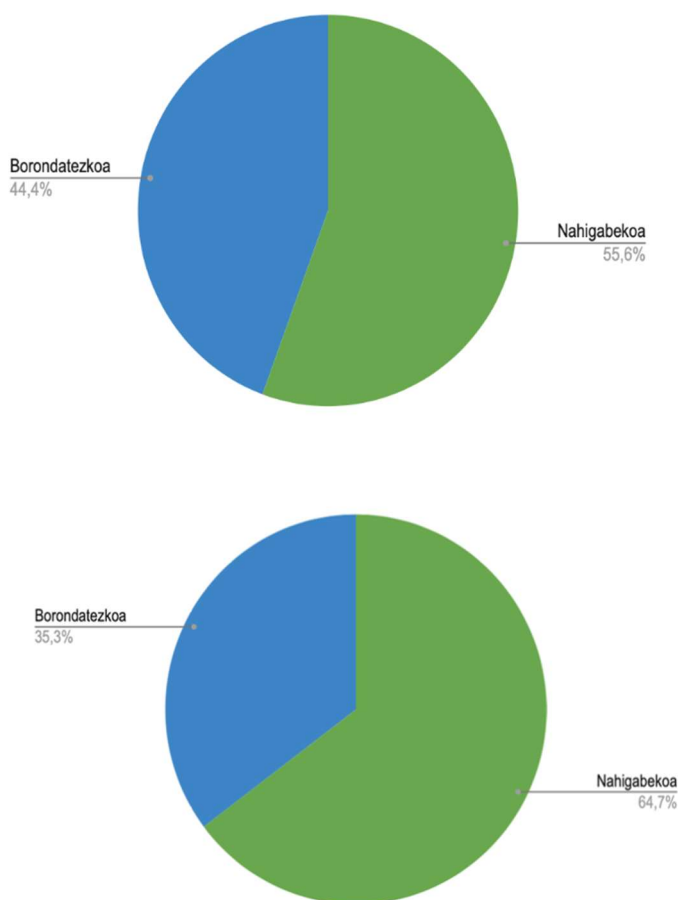
Tratamenduari dagokionean pazienteen %50,80a aho-bidezko tratamendurekin atera da ospitaletik, %31,40a aho-bidezko eta Depot intramuskularrarekin (LAI) eta %12,70a soilik Depotarekin (LAI). %5,1ak ez du alta tratamendurik behar izan (**5. Irudia**).



5. Irudia. Alta tratamenduen administrazio-bideak. Bide erabiliena orala da (%50,80), jarraian orala bide intramuskularrarekin (depot) konbinatuta (%31,40) eta azkenik bide intramuskularra soilik (%12,70). Laginaren %5,10a ez du alta tratamendurik behar izan.

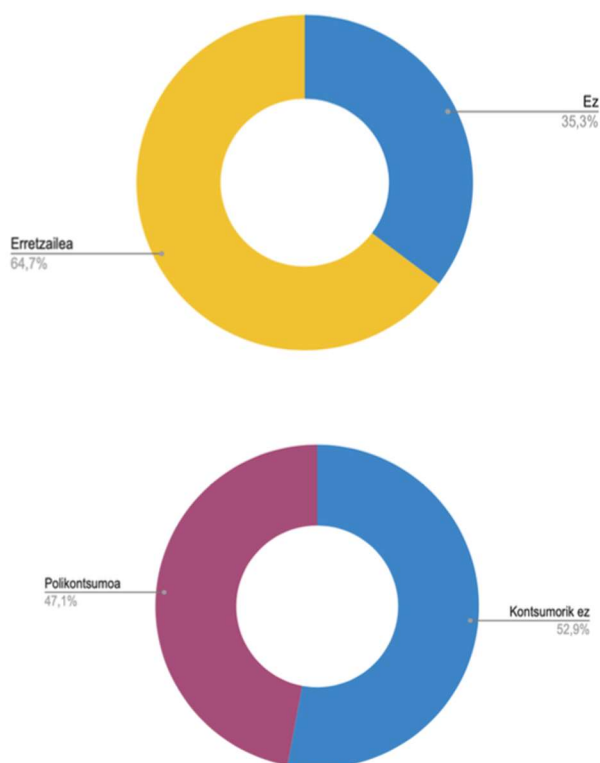
6.4. OSPITALERATZEAREN ALDAGAIK

%55,10-a ingreso inboluntarioak (**6.Irudia**) izan dira eta gaixoen %86,40ak aurrekari psikiatrikoak ditu. Egonaldi ospitalarioan zehar beste espezialitateen balorazioa behar izan duten paziente portzentaia %33,90koa izan da nahiz eta patologia komorbidodun pazienteen portzentaia %73,30koa izan. Ingresoen batazbesteko luzera 13,88 egunekoa da, luzeena 42 egunetakoa izatera helduz. Alta osteko 12 hilabeteetan 17 paziente berriz ospitaleratu behar izan dira (%14,40a). Hauen artean nahigabeko ospitaleratze tasa altuagoa izan da (%64,70) (**6.Irudia**).



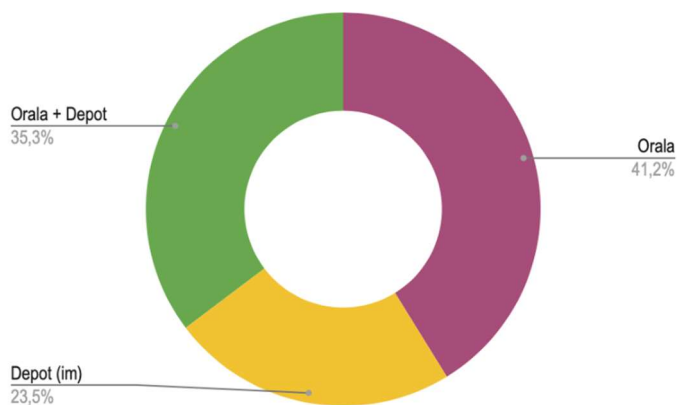
6. Irudia. Borondatezko eta nahigabeko ospitaleratze tasak lehen ingresoan eta birosptaleratzeetan. Goikaldean urteko lehen ospitaleratzearen borondatezko (%44,40) eta nahigabeko (%55,60) ingresoen tasak ditugu. Behekaldean alta osteko 12 hilabeteetan birosptaleratu behar izan duten pazienteen borondate (%35,30) eta nahigabe (%64,70) tasak (lehen birosptaleratzeakoak)

Birsopitaleratuen artean gizon kopurua (%70,60) eta langabezi tasa (%100) lagin orokorrarenak baino altuagoak dira ere. Ezgaitasun portzentaia %52,90an dago. Toxiko kontsumoari dagokionean aipatu beharra dago erretzaileen portzentaia %64,70koa dela eta bestelako drogen kontsumoa %47,10, lagin orokorrarena baino baxuagoa (**7.Irudia**).



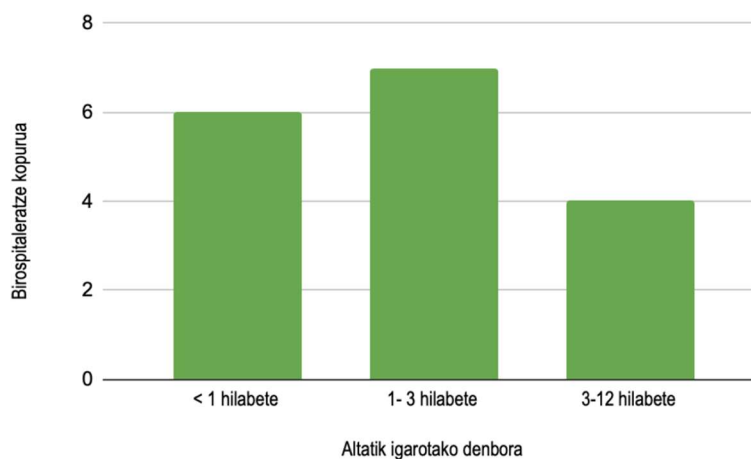
7. Irudia. Toxiko kontsumoa alta osteko 12 hilabeteetan birsopitaleratuen artean. Goikaldean lagineko erretzaileen (%64,70) eta ez erretzaileen (%35,30) tasak adierazten dira. Behekaldean beste droga moten kontsumo tasak adierazten dira, non %52,90ak ez du drogarik kontsumitzen eta %47,10a polikontsumitzen duen.

Alta tratamendu erabiliena aho-bidezko antipsikotikoak izaten jarraitzen dute. Hala ere, bigarren postua tratamendu oralak gehi depotak hartu du (%35,50) eta azkenik bide intramuskularra bakarrik (%23,50) (**8.Irudia**).



8. Irudia. Alta osteko 12 hilabeteetan birosptaleratu behar izan duten pazienteen tratamenduen administrazio-bideak. Bide erabiliena berriz ere orala da (%41,20) eta jarraian ere orala bide intramuskularrarekin (depot) konbinatuta (%35,30). Azkenik bide intramuskularra soilik (%23,50). Aipatzekoa da laginaren talde honetan ez dagoela tratamendurik behar izan ez duen pazienterik.

Alta osteko 12 hilabeteen barruan berrosptaleratze arrisku handiena daukan denbora tartea 1-3 hilabete artekoa da %41,20ko berrosptaleratze tasarekin (**9.Irudia**).



9. Irudia. Birosptaleratze tasak alta osteko lehenengo 12 hilabeteetan zehar. 12 hilabete horiek tartean banatzen baditugu ingreso kopuru handiena (7 kasu) altatik 1-3 hilabetetara ikusi dezakegu. Jarraian alta osteko lehen hilabetean (6 kasu) eta azkenik 3. hilabetetik aurrera (4 kasu).

7. EZTABAIDA

Eskizofreniaren eskpektruko nahasteen eboluzioan eta pronostikoan eragiten duten aldagaiak ikusi ostean hauek gure laginean zer nolako eragina izan dezaketen aztertzea abiatuko gara. Horretarako, aurreko atalean azalduko emaitzak taldeetan multzokatu eta landuko ditugu.

7.1. ALDAGAI SOZIODEMOGRAFIKOAK

Beste edozein aldagai aztertzea joan baino lehen adinari eta sexuari buruz hitz egin behar dugu derrigorrez. Nahiz eta nahaste psikotikoen prebalentzian eta intzidentzian sexu desberdintasun esanguratsurik ez egon, sexu maskulinoak faktore pronostiko txar gisa jarduten duela behin eta berriro izan da egiaztatua (21, 22, 30) eta gure lagina ez da salbuespena. Literaturan zehar deskribatuta dagoen bezala (42) gure kasuan ere gizon ingresatuen portzentaia nabarmenki handiagoa da emakumeekin alderatuta (%68,60koa) izan ere gizonek, euren ezaugarri klinikoan ondorioz, ospitaleratze indikazio handiagoa izaten dute eta euren ingreso tasa emakumeena baino %50 handiagoa izatera hel daiteke (42). Ingreso kopuru altuago beharra modu zuzenean dago erlazionatuta tratamenduarekiko erantzun okerragoarekin eta beraz eboluzio gaiztoagoarekin (23, 24, 26).

Adinari dagokionean, debut momentuko jakitea izango litzateke interesgarriena baina datu hori ezin izan dugu lortu. Hala ere, badaukagu ingresu momentuko adina eta hori, gutxienez zeharkako modu batean, pronostikoari buruzko informazioa aurreratu ahal digu. Aipatu beharra dago Gurutzetako ospitalean ingresatzen duten pazienteen adin tartea oso zabala dela, paziente gazteenak 22 urte ditu eta helduenak 77, 44 urteko batz bestekoa geratuz. Honek ingresatzen duten pertsonen profila nahiko zabala dela adierazten digu, baita eta ingreso beharra hainbat adinetan zehar gertatzen dela ere. Hala ere literaturak, ospitaleratzen behar handiagoa ikusi du 18-44 urte bitarteko pazienteen artean (42). Hau psikosiaren debutan egoten den insight txikiaren eta ondoriozko betetze-terapeutiko kaskarrarekin zuzenki erlazionatuta omen dago. Urteak pasa ahala pazienteek tratamenduaren onurak igartzen doaz eta hori dela medio betetzea hobetzen doa birgaixotze arriskua eta ingreso beharra txikituz (42).

Aurrekoaz gain, kontuan izan behar dugu Gurutzetako Ospitaleari dagokion lurralde zatiak ezaugarri soziodemografiko oso karakteristikoak dituela eta Nahaste Psikotikoei dagokionean, hauen pronostikoan eragin negatiboa duten hainbat faktore batzea oso ohikoa dela. Historikoki Bilboaldeko ezkeraldea industrietako eta meategietako langileen erresidentzia gunea izan da eta horrek eragin handia izaten jarraitzen du gaur egun. Ospitalean jasotzen ditugun paziente gehienak Barakaldokoak (%42,20) eta Sestaokoak (%13,60) dira. Herri hauek Bizkaiko beste guneekin alderatuta goi mailako ikasketa proportzio baxuagoa, langabezi tasa altuagoa, per capita errenta txikiagoa, herri PIB Euskadiko bataz bestekoa baino askoz baxuagoa eta biztanleria migratu kopuru handiagoa dute (43). Gune urbanoetan bizitzea, gune urbano hauetan euskarri sozial eta ekonomiko eskasa izatea, talde etniko-kultural marjinalen kide izatea eta ikasketa eta funtzionaltasun laboral ezak pisu handia dute Eskizofreniaren Espektruko Nahasteetan, bai gaixotasunaren garapenean zein pronostikoan (9,1) eta hortaz, argi izan behar dugu gure pazienteen testuingurua hau dela eta konsekuentekei gure laginean ezaugarri guzti hauek bereziki nabariak direla.

Pazienteen funtzionaltasun maila garrantzi handia duen kontzeptua da ere. Funtzionaltasun maila harreman handia dauka sintomatologia negatiboarekin, are gehiago, sintoma negatiboen larritasunak pazientearen funtzionaltasun pertsonal eta sozialaren mugatzaile nagusia da (1). Defizit hauek argi eta garbi aurki ditzazkegu gure laginean, izan ere pazienteen %7,60ak bakarrik dauka lanbide aktiboa eta %25ak laneko ezintasuna du izapidetua eta emana. Kontuan izan behar dugu ospitaleratze beharra duten pazienteak egoera basal okerragoa dutenak izaten direla, eta hortaz, emaitza hauek sesgo pixka bat izan dezaketela. Litekeena da egoera basal egokiagoa eta funtzionaltasun adaptatiboagoa duten pazienteek zirkuito ospitalariotik kanpo mantentzea. Badago laginaren proportzio txiki bat (%12,70) zeinak ardurapeko familiakideak dituen eta honek faktore pronostiko itxaropentsu gisa jardun dezake (23). Dena den izan liteke pronostikoan eragin positiboa duen ardurapeko pertsonak izatearena zeharkako modu batean izatea, izan ere, oinarriz doikuntza premorbido egokiagoa duten pazienteek aukera gehiago dituzte funtzionaltasun adaptatiboagoa garatzeko eta ondorioz erresponstabilitate egonkorragoak garatzeko.

Aurreko analisi honen harira Gurutzetan ikusten ditugun pazienteen gizarte-funtzionaltasun maila nahiko txarra dela ondoriozta dezakegu. Hala ere buruan izan behar dugu errealitate hau bi faktoreen gehikuntzagarik izan daitekeela, alde batetik nahasteak berak eragiten duen funtzionaltasun murrizagarik eta bestalde, paziente gehienek testuinguru sozioekonomiko estuaren eragin gehigarriagarik. Bi faktore hauek balazta gisa jarduten dutela esan dezakegu pazienteen errekupeazio prozesuan.

7.2. ALDAGAI KLINIKOAK

Aldagai klinikoei dagokionean diagnostikoa da nabarmentzeko lehen ezaugarria. Paziente ingresatuen artean bi diagnostiko gailentzen dira: Eskizofrenia (%56,80) eta Nahaste Eskizoafektiboa (%18,60). Diagnostikoaren araberrako ospitaleratze beharrean dagoen desberdintasun handi hau Nahaste Psikotiko moten prebalentzia orokorragaitik azaldu daiteke, izan ere, Eskizofrenia eta Nahaste Eskizoafektiboan Psikosiaren espektruko nahasteen artean entitate prebalenteenak dira (44). Hala eta guztiz ere, ezin dugu ahaztu literaturan zehar behin eta berriro erakutsi dela bien arteko pronostiko desberdintasuna nabaria dela. Nahaste psikotiko puruek, Eskizofrenia kasu, osagai afektiboa duten nahasteek (Nahaste Eskizoafektiboa) baino pronostiko orokor okerragoa daukatenez gehiago birgaitzen dira eta ospitaleratze behar handiagoa izaten dute (23, 26).

Diagnostiko nagusiaz gain gure laginaren proportzio esanguratsu batek (%39,70) bigarren mailako diagnostiko psikiatriko bat dauka, ohikoena Toxikoen Kontsumo Kaltegarria izanda. Hau da, gure lagineko Eskizofreniaren espektruko nahastedun pazienteen %19,80ak toxikoen kontsumo kaltegarriak eragindako nahaste konkomitantea du ere. Aurkikuntza hau bat dator ebidentziarekin, oso ohikoa baita Nahaste Psikotikodun pazienteen artean Toxiko Kontsumoagarikoa Nahaste konkomitantea pairatzea (45,46). Gai honetan pixka bat gehiago barneratzen bagara gure pazienteek kontsumitzen duten toxikoen profil zehatzagoa egin dezakegu. Nabarmentzekoa da laginaren %61,86a tabako erretzailea dela, Euskadiko biztanleriaren tabako kontsumo tasa %12,60koa den bitartean (43), beraz argi dago Nahaste Psikotikodun biztanleen artean tabako kontsumoa

biztanleria orokorra baino askoz altuagoa dela. Aurkikuntza hau, berriz ere literaturak dioenarekin bat dator (47).

Arreta deitu didan zerbait diagnostiko sekundario izatera heltzen ez den toxiko kontsumoa da, izan ere aipatu dugunez, laginaren %19,80ak bigarren mailako diagnostiko hori dauka (%27,50era heltzen da OH, kokaina eta beste estimulatzaileen tasa gehitzen badiogu) baina laginaren %51,30a toxiko kontsumitzailea da, polikontsumoa egoera ohikoena izanda THC-az jarraitua. Beraz, oso garrantzitsua iruditzen zait buruan izatea laginaren ia erdiak drogekin harreman estua duela eta nahiz eta nahaste bezala sailkatzeko irizpideak ez bete argi eta garbi ikusi dezakegu drogen kontsumoa oso praktika ohikoa dela Nahaste Psikotikodun pazienteen artean. Beraz, nahiz eta diagnostikoak ematen duen etiketa ez izan, paziente askok horri bideratutako tratamenduei etekina aterako liekete. Baina, zergaitik da hain prebalentea drogen kontsumoa eskizofreniaren espektruko nahasteen testuinguruan? Asko dira fenomeno honetaz aritu diren eta *Automedikazio Hipotesia* proposatu duten ikerketak. Hipotesi honen arabera Nahaste Psikotikodun pazienteek nikotina zein beste substantzia psikoaktiboak erabiltzen dituzte bai tratamendu farmakologiko antipsikotikoak eragiten dien sedazio sekundarioa ekiditeko eta baita euren oinarritzko patologia eragiten dizkien sintoma negatiboak lehengoratzeko (47,48). Hau horrela izanda, Potvin eta kideek burututako metaanalisian patologia dualaren diagnostikoa duten pazienteak eskizofrenia bakarrik dutenekin konparatu ostean, lehenengo taldean sintomatologia negatibo prebalentzia txikiagoa aurkitu dute, automedikazioaren hipotesia egiazkoa izatearen aukera zabalik utziz (49).

Toxikoen kontsumoaren gaia aldagai soziodemografikoen atalarekin lotuz, berriz ere ezin dugu ahaztu Gurutzetako Ospitalera heltzen diren paziente askoren testuinguru soziodemografikoa. Bizi-baldintzak prekarioak diren lurraldeetan eta gizarte talde marginaletan bizi diren banakoen artean droga kontsumo tasa altuagoa da (50) eta horrek zuzenean eragiten du gure pazienteengan. Kontestu horrek gure ospitalean jasotzen ditugun pazienteek substantzia toxikoak kontsumitzeko aukerak are gehiago handitzea eragiten du, baita drogak berak patologia psikotikoaren agerpenean parte hartzea eduki izana. Ezin dugu ahaztu gainera kontsumo honek

eragin zuzena daukala eskizofreniaren eboluzioan, izan ere, faktore pronostiko txar indartsu gisa jarduten du (30,31).

Organismoarentzat kaltegarriak diren substantzia guzti hauen kontsumoak dakarren komorbididade karga berebiziko garrantzia duen gaia da ere. Gure lagineko pazienteen %25,40ak komorbididade fisikoren bat dauka. Argi izan behar dugu Nahaste Psikotikodun pazienteak lehenik eta behin pertsonak direla eta beraz, edozein gaixotasun fisiko izateko arrisku basala dutela, beste edozein pertsonak daukanaren modukoa. Hala ere, hain ohikoak diren ohitura toxiko hauek komorbididade fisikoren bat izateko arriskua, eta ondorioz komorbididade fisiko horien prebalentzia, modu esanguratsuan handitzen dute. Eskizofreniadun pertsonak komorbiditate fisiko kronikoei eragindako heriotza goiztiarra izateko arrisku handia dute (42). Patologia ohikoenak EPOC eta Sindrome Metabolikoa dira, azken hau farmako antipsikotikoen albondorio ohikoa baita (51). Aurreko guztiaz gain, kontuan izan behar dugu paziente psikiatrikoen artean ohikoagoa dela bestelako komorbididade fisikoak oharkabean igarotzea pertsona hauek sintoma fisikoak interpretatzeko zailtasun gehiago izan ahal dituztelako, medikuek kexa somatiko horiek patologia psikiatrikora egozteko ohitura izan ohi dutelako eta baita paziente hauen testuinguruagatik osasun-arreta egokia lortzeko zailtasunak izan ahal dituztelako, bai autozaintza ahalmena (1) eta bai osasun-sistemaren barruko eta kanpoko estigmaren ondorioz (51).

7.3. OSPITALERATZEEN EZAUGARRIAK

Ospitaleratze tasei dagokionez PANSS (*Positive and Negative Syndrome Scale*) eskalan lortutako puntuazioa da ingreso arriskua, ingreso kopurua, ingreso luzera eta ingreso horien kostua mugatzen duen aldagai garrantzitsuenetarikoa (52). Datu honek, beraz, esfortzu terapeutikoak sintomatologiaren kontrolean ardaztearen garrantzia berresten du (52).

Ospitaleratzeen motibazioaz dagokionean gure inguruko ingreso boluntario tasa literaturarena baino pixka bat baxuagoa da, izan ere gure pazienteen %44,90ak boluntarioki ingresatu du eta 2020ko Yang Y. eta kideen metaanalisiaren arabera borondate tasa %61,90koa da (53). Diagnostiko zehatzei erreparatzen badiegu

eskizofrenia da nahi gabeko ospitaleratze gehien izaten dituen patologia (53), harritzekoa ez den datua, izan ere nahaste psikotikoen artean eskizofreniadun pazienteek insight maila txikia izateko aukera gehiago dituzte (54,53). Nire ustez hemendik atera beharko genukeen konklusioa nahaste psikotiko larridun pazienteen autonomia beti lehenetsi eta errespetatu behar den zerbait dela da, nahigabeko ospitaleratzeak kasu zehatzetarako errekurtsio gisa utziz, hala nola norberarentzat edo hirugarrenentzat arriskua suposatzen duten egoeretan (53).

Laginaren %25,40a lehen ingrosoa izan da, baina beste %74,60 aurretik jada zirkuito ospitalariorik igaro diren pazienteak dira. Bataz bestez, 2019an, gure pazienteek 13,80 egun igaro dituzte ingresatuta. Egonaldiaren luzera hainbat faktoreek mugatzen dute. Alde batetik ospitalearen protokoloak ditugu. Gurutzetako ospitalea Akutu Unitatea denez egonaldi bereziki luzeen beharra duten pazienteak beste unitate motetara izango dira deribatuak eta datuen analisian lortzen ditugu emaitzak zehertasun horren menpe egongo dira. Emakumeen artean, adibidez, ingresoak motzagoak izan ohi dira (30) baita eta substantziak kontsumitzen dituztenen artean ere. Bigarren talde honetan sintoma psikotikoak anplifikatuta egoten dira drogen kontsumoagatik eta hauek kentzean erremisio psikotikoa gertatu ohi da (42). Hala ere garrantzitsua iruditzen zait azpimarratzea erremisio psikotiko hori errekupeazio fenomeno faltsua dela, izan ere ospitalean lortutako abstinentsia komunitatean bermatzea zailtasun handia suposatzen duen eta arrakasta terapeutikoaren gakoa izan behar den faktorea da. Beraz, helburu hori lortzeko baliabideak eta plan terapeutiko egokia ezartzea ezinbestekoa da. Diagnostiko zehatzak ingresoaren luzerarekin harremana izatea erakutsi du ere. Eskizofrenia da egonaldi luzeenekin lotu dena, nahaste eskizoafektiboaz jarraitua (44).

Alta momentutik 12 hilabeteko jarraipena egitean denbora tarte horretan pazienteen %14,40a (n=17) berriro ospitaleratu behar izan zela ikusi dezakegu eta tasa horren barruan %10,20a behin bakarrik berrospitaleratu izan arren, beste %3,40a birritan egin behar izan du. Paziente talde honen ezaugarriak aztertzerakoan harritu ez nauten hainbat ezaugarri aurkitu ditugu, hala nola %70,60a gizonak direla, %100 langabezian dagoela, %52,90a ezgaitua dagoela eta ingresoen %64,70a ez dela

borondatezkoa izan. Ezaugarri guzti hauek, behin eta berriro ikusi ari garen moduan, pronostikoan eragin negatiboa duten faktoreen zeharkako iradokitzaileak dira: sexu maskulinoa eta *insight* eta funtzionaltasun maila baxuak alegia. Gainera, badirudi nahigabeko ospitaleratzeak ospitaleko egonaldi luzeagoekin eta berriz ospitaleratzeko arrisku handiagoarekin lotuta daudela (55).

Harrigarria iruditu zaidan datua aldiz, toxiko kontsumo tasa izan da. Substantzien kontsumoak pazienteen eboluzioan eragin negatibo zuzena daukanez (31) berrospitaleratze behar handiagoa eta goiztiarragoa duten pazienteen artean logikoa irudituko litzaidake toxiko kontsumoa prebalenteagoa izatea. Hala ere, erretzaile kopurua lagin osoaren oso antzekoa da (%64,70) eta gainontzeko drogena txikiagoa (%47,10).

Birgaixotze arriskuarekin estuki harremanatuta dagoen beste faktore bat adherentzia terapeutikoa da. Adherentzia terapeutiko ezegokia ohikoa da Nahaste Psikotikodun, eta batez ere eskizofreniadun, pazienteen artean eta hainbat arrazoiengatik gerta daiteke: *insight* murrizagatik, toxiko kontsumo konkomitanteagatik, osasun arretaren fragmentazioagatik eta botiken albo ondorioengatik kasuak kasu (56). Paziente mota honetan adherentzia ezegokia ezinbesteko garrantzia dauka, izan ere errekupeazio prozesuaren oztopo handia izateaz gain birgaixotzeek berrospitaleratze beharra, urgentziazko zerbitzu psikiatrikoen erabilera handiagoa eta ingreso bakoitzarekin funtzionaltasunaren murriztapen progresiboa eragiten du (56,57,34).

Aurreko guztiagatik Nahaste Psikotikoen maneian betetze terapeutikoa ziurtatzea klinikoan helburu prioritarioa izan behar da eta hau ziurtatzeko dugun moduetako bat LAI antipsikotikoak dira. Eragin luzeko antipsikotiko ziztagarriek aho bidezko antipsikotikoekin alderatuta birgaixotze arriskua arrakasta handiz txikitzea lortu duten arren (58) profesionalek azken errekurtso terapeutiko gisa bakarrik erabili ohi dute (35). Gurutzetan erabili diren terapia farmakologikoei dagokionez, espero bezala, aho-bidezko antipsikotikoak dira erabilienak %50,80ko tasarekin. LAIak monoterapiaren %31,40an preskribitu dira eta bi tresnen konbinaketa pazienteen %12,70an. 12 hilabeteko jarraipen tarte horretan ospitaleratze beharra izan duten pazienten ingreso arrazoia jakin ezin dugun arren, hartzen duten

tratamenduaren ezaugarriak lagin orokorrarenaren desberdinak direla ikusi dezakegu. Antipsikotiko oralak errekurtsu farmakologiko erabiliena izaten jarraitzen dute baina portzentai txikiagoan (%41,20), bigarren postuan aho-bidezko gehi LAIen konbinaketa dugu (%35,50) eta azkenik depota bakarrik (%23,50). Datu hauek paziente hauetan terapia farmakologiko intentsiboagoen beharra dagoela erakusten digute.

Amaitzeko, berrospitaleratze goiztiar hauek gertatzen diren denbora tarteari erreparatu diogu, kopuru handiena alta osteko lehen eta hirugarren hilabeteen artean dagoelarik (%41,20) alta osteko lehenengo hilabeteaz jarraitua (%35,30). Hau ikusita, gure pazienteen artean alta osteko urteko lehenengo hiru hilabeteak berrospitaleratze momentu kritiko kontsideratu ditzakegu eta hori jakinda, denbora tarte horretan zeharreko plan terapeutiko egokituak eta jarraipen programa intentsiboagoak ezartzea onuragarria gerta liteke.

7.4. ABORDAI KOMUNITARIOA

Nahaste psikotikoen eboluzioan eragiten duten aldagaiak ikusi eta aztertu ostean nahaste hauek pairatzen dituzten pertsonen ongizatean zuzenean eragiten duen azken faktore bat jorratuko dugu, maneiu komunitarioa alegia.

Behin eta berriro aipatu den bezala Nahaste Psikotikoak maila indibidualean eta kolektiboan karga handia suposatzen duten patologia dira. Nahaste hauek, nahaste bipolar eta depresio nagusiarekin batera Desgaitasunagatik Doitutako Bizitza-urte (DALYs) gisa neurtuta, totalaren %10,80a suposatzen dute eta minbiziaren ondoriozkoekin (%15) aldera daitezkeen galerak eragiten dizkiote komunitateari, kardiopatia iskemikoen ondorizko galerak baino handiagoak izanda (%9) (44). Kalkulu hau oinarri psikotikoa ez duten nahasteak ere barneratu arren, erabilgarria da patologia hauen inpaktu pertsonalaz eta sozialaz jabetzeko.

Alderdi ekonomikoa aipatu beharreko zerbait da ere, izan ere, ospitaleratze bakoitzak, epe-luzerako eboluzio klinikoan eragin negatiboa izateaz gain, ekonomikoki kostu handia suposatzen du (59). Gainera, Nahaste Psikotikoek eragiten duten inpaktu ekonomikoaren %70 inguru zeharkako kostuek bakarrik

osatzen dute, hau da, langabeziak eta inkapazitateek eragindako kostuek (60). Datu hauek berriz ere, pertsona hauek instituzio ospitalarioetatik ahalik eta gehien mantentzearen eta maneiua extraospitalarioa hobestearen ideia indartzen dute, pertsona hauen funtzionalitate eta autonomia mailak hobetzeko.

Azken finean, lan honen helburua Nahaste Psikotikoek entitate oso konplexuak direla adieraztea da eta ondorioz, pertsona hauen maneiua ere konplexua dela gogoraraztea. Tratamendu antipsikotikoa eta maneiua ospitalarioa paziente hauen bizitzaren eta prozesu terapeutikoaren parte izan arren ez dira zutabe bakarrik eta agian, ezta alderdi garrantzitsuenak ere. Beraz, zer behar daude? Eta ikuspegi globalago batetik abiatuta, nola lagundu diezaiokegu pertsona hauen ongizateari?

Galdera honi erantzuna emateko nahian Bizkaiko osasun sistema extraospitalarioan lan egiten duten hainbat profesionalekin hitz egin dugu, euren perspektiba ezagutzeko eta haiek ikusten dituzten beharrak eta paziente hauen proiektu terapeutikoetan izan beharreko jomugak ezagutzeko. Aipatu beharra dago gurekin hitz egin duten profesionalak hainbat arlo terapeutiko desberdinekoak direla eta batez ere eboluzio luze eta kronikodun pazienteekin aritzen direla. Beraz, jarraian jorratuko diren hausnarketak eta proposamenak batez ere paziente profil horretara bideratutakoak izango dira.

Ezaugarri soziodemografiko eta klinikoei dagokionez, paziente hauek lehenago eboluzio kaskarraren aurreikusle gisa ikusi ditugun ezaugarri asko dituzte: autonomia eskasa, komorbilidade fisiko ugari eta larriak, inkapazitazioak, adherentzia terapeutikoa bermatzeko laguntza beharra, sostengu familiar eskasa edo eza, patologia duala, ikasketa maila baxua,...

Zerbitzu beharrei edo behar instituzionalei erreparatuz, aipatzekoa da osasun arloan sostengu ona eta nahikoa dagoela baina zerbitzu sozialak gehiago sendotu behar lirateke, hala nola minierresidentziak, pisu babestuak, etab. Hau berriz ere agerian uzten du nahaste hauek maneiatzeko behar dugun paradigma aldaketa, non maneiua medikoa ez den baliabide bakarra ezta garrantzitsuena. Modu honetan, laneratzea errazten duten baliabideak bai lan-errehabilitaziorako zentro moduan eta bai formazio-profesional programen bitartez (61), izan ere lanbide aktiboa lortzeko

eskizofreniadun pazienteen artean berrospitaleratze arriskua modu esanguratsuan jaitea erakutsi du (62) eta estigma eta bazterte soziala ekiditeko programak garatzea beharrezkoa da. Bestalde, gaitasun ekonomikoaren arazoa dago. Aipatu bezala Nahaste Psikotikodun paziente asko langabezian daude eta euren ingreso iturria ezintasun-pentsioak dira. Dirudenez, ez dago pensio hauen eta erresidentzien kostuen arteko doikuntza egokia, eta honek baita, pazienteak zerbitzu hauetatik kanpo geratzea eragin dezake.

Behin eta berriro aipatu den hobetu beharreko gatazka bat asistentzia zatikatuarena da. Gure osasun sistemaren antolaketagatik zerbitzu medikoak modu oso kategorikoan daude antolatuta, baita bertan lan egiten duten profesionalak ere. Asistentzia zerbitzuak ospitalario eta extraospitalarioetan daude banatuta eta ospitalarioen barruan akutu, subakutu eta kroniko unitateetan, elkarrengandiko harreman eskasarekin. Honek pazienteen jarraipena zatikatua izatea eragiten du, momentu bakoitzean profesional desberdinak aurkituz eta proiektu terapeutiko jarraitua eta koordinatua burutzea zailduz. Horregatik, ospitale kanpoko zerbitzuetan aritzen diren profesionalek berebiziko garrantzia ematen diote *continuum* bat bermatzen duten plan terapeutikoak ezartzeari. Gainera, jada martxan dauden zerbitzuak malguagoak izatea oso interesgarria litzateke asistentzia indibidualizatuagoa burutu ahal izateko, Terapia Asertibo Komunitarioan gertatzen den bezala adibidez.

Zatiketaren kontzeptu honi lotuta, ingreso ospitalarioen osteko alta deribazioei buruz hitz egitea garrantzitsua iruditzen zait. Ingreso osteko alta deribazioa erabakitzeko momentuak garrantzi handia dauka, izan ere, paziente horrek ospitalean lortutako hobekuntza komunitatean modu egokienean nola mantenduko duen planteatzeko momentua da, bertan dauden baliabideekin. Egokiena ospitale osteko jarraipena berehalakoa izatea izango litzateke, ingresotik ateratzean jarraipen gabeko denbora-tarte handiak egon ez daitezen. Aipatu dugun bezala, zerbitzu komunitario hauek nahikoak ez izateaz gain gerta daiteke ospitaleko langileen artean ezagutza hau behar-beste sustatua ez egotea, eta horri gehituta, deribazioak eskuragarri dauden zerbitzuetara egitea pazientearen behar konkretuei erreparatu beharrean. Gure laginari erreparatuz, adibidez, pazienteen gehiengoa

(%40,70) CSM-ra izan da deribatua eta jarraian portzentai oso antzekoekin, subakutu unitatera eta UPEP (lehen gertakari psikotikoen unitatera). Zerbitzu sozialetara deribatuak izan diren pazienteen portzentaia minimoa da, %8,50 Eguneko Ospitalera edo Terapia Asertibo Komunitariora izan da deribatuak eta %1,70a erresidentziaren batera. Gure lagineko pazienteek, orokorrean pronostiko okerreko ezaugarri ugari biltzen dituztenez, agian interesgarria liteke alta osteko lehenengo momentuan jarraipen intentsiboagoko deribazioak egitea eta behin berton eboluzio egokia izan ostean jarraipen ez hain intentsibodun zerbitzuetara bidaltzea.

Teknika terapeutiko ez medikoei dagokionean talde terapiak batez ere berdinen arteko laguntza-taldeak eta terapia familiarak ezinbestekoak dira. Gainera, aproposena manei komunitario hau etxebizitzatik ahalik eta hurbilen burutzea izango litzateke, insertzio komunitarioa pertsona bakoitzaren inguru sozialean gerta dadin. Programa terapeutiko hauek pazienteen interesetan, grinetan eta ahalmenetan zentratu beharko liriateke. Honekin lotuta, azkenaldian *Errekuperazio Funtzional* kontzeptuan zentratu beharrean *Errekuperazio* kontzepturantz bideratu dira interbentzio terapeutikoak. Lehenengo ezintasunetan zentratzen den bitartean bigarren eredu ahalmenei eta hauek indartzeari ematen dio garrantzia. Ikuspegi hau autokonfiantza eta autonomia garatzeko baliabide erabilgarriagoa izan daiteke.

Eta azkenik baina ez garrantzi gutxiagokoa, pazienteak eta euren nahiak eta lehentasunak ditugu eta hauek ezagutzea eta errespetatzea ezinbestekoa da, haiek izan behar dira euren prozesu terapeutiko eta bitalaren lehen arduradunak. Paziente hauek, beste paziente mota guztiak eta munduko pertsona guztiak bezala entzunda, lagunduta eta errespetatuta sentitu nahi dira eta batez ere euren proiektu bitala garatzeko eta betetzeko nahia eta beharra dute. Nire ustez profesionalok prozesu horretan laguntzaileak izan behar gara, momentu bakoitzeko behar espezifikoiei erantzuna emanez.

Pertsonekin egiten dugu lan, ez dira kasuak, ezta espedienteak ere. Behin hori buruan izanda ulertuko dugu pertsona hauek beste edozein pertsonak behar duenaren berdina behar dutela euren buruarekin zoriontsu sentitzeko.

8. ONDORIOAK

1. Gurutzeta-Cruces Ospitalean ingresatzen duten paziente maskulinoen proportzioa sexu-femeninoarena baino ugariagoa da (%60).
2. Toxiko kontsumoa praktika ugaria da jasotzen ditugun pazienteen artean, %60 erretzailea den bitartean %52a bestelako drogak kontsumitzen ditu.
3. Funtzionalitate-sozial mailaren endekapena ohikoa da jasotzen ditugun gaixoen artean. Laginaren gehiengoa langabezian dago (%92) eta %25a ezgaitua.
4. Gurutzeta-Cruces Ospitaleari dagokion lurralde zatiaren ezaugarri soziodemografikoen ondorioz ohikoa da bertan ingresatzen duten pazienteek pronostiko kaskarraren aurreikusle diren hainbat faktore biltzea eta ondorioz plan terapeutiko intentsibo, multidisziplinari eta koordinatuetaz onuraturiko lirateke.

9. MUGAK

Lana 2021a amaitu baino lehen hasi egin zenez urte horretako ingresoen datuak erabili beharrean aurreko urtekoak erabiltzea izan zen lehenengo pentsamendua. Hala ere, SARS-CoV-2 pandemia dela eta 2020ko Martxoaren 25ik Maiatzaren 4ra Gurutzetako Psikiatria Unitatea itxita egon zen eta ondorioz 2019ko datuak izan dira erabiliak.

Bestalde, arrazoi berdinetatik gerta liteke 12 hilabeteko jarraipenetik atera ditugun aldagaien emaitzak nahasiak egotea aipaturiko unitatearen itxiera horregatik.

BIBLIOGRAFIA

- (1) Mueser KT, McGurk SR. Schizophrenia. *Lancet*. 2004;363(9426):2063–72.
- (2) Silva MA, Restrepo D. Recuperación funcional en la esquizofrenia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. 2019;48(4):252–60.
- (3) Dax EC. The evolution of community psychiatry. *Aust N Z J Psychiatry*. 1992;26(2):295–301.
- (4) Schrimpf LA, Aggarwal A, Lauriello J. Psychosis. *Continuum (Minneapolis, Minn)*. 2018;24(3):845–60.
- (5) Tan N, van Os J. The schizophrenia spectrum and other psychotic disorders in the DSM-5. *Tijdschr Psychiatr*. 2014;56(3):167–72.
- (6) Arciniegas DB. Psychosis. *Continuum (Minneapolis, Minn)*. 2015;21(3 Behavioral Neurology and Neuropsychiatry):715–36.
- (7) American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5 (R))*. 5th ed. Arlington, TX: American Psychiatric Association Publishing; 2013.
- (8) Kahn RS, Sommer IE, Murray RM, Meyer-Lindenberg A, Weinberger DR, Cannon TD, et al. Schizophrenia. *Nat Rev Dis Primers*. 2015;1:15067.
- (9) van Os J, Kapur S. Schizophrenia. *Lancet*. 2009;374(9690):635–45.
- (10) Häfner H, an der Heiden W. Epidemiology of schizophrenia. *Can J Psychiatry*. 1997;42(2):139–51.
- (11) Gomes FV, Zhu X, Grace AA. Stress during critical periods of development and risk for schizophrenia. *Schizophr Res*. 2019;213:107–13.
- (12) van Winkel R, Stefanis NC, Myin-Germeys I. Psychosocial stress and psychosis. A review of the neurobiological mechanisms and the evidence for gene-stress interaction. *Schizophr Bull*. 2008;34(6):1095–105.
- (13) Ayano G, Tesfaw G, Shumet S. The prevalence of schizophrenia and other psychotic disorders among homeless people: a systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry*. 2019;19(1):370.
- (14) Wan MW, Abel KM, Green J. The transmission of risk to children from mothers with schizophrenia: a developmental psychopathology model. *Clin Psychol Rev*. 2008;28(4):613–37

- (15) Pearson NT, Berry JH. Cannabis and psychosis through the lens of DSM-5. *Int J Environ Res Public Health*. 2019;16(21):4149.
- (16) Hasan A, von Keller R, Friemel CM, Hall W, Schneider M, Koethe D, et al. Cannabis use and psychosis: a review of reviews. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2020;270(4):403–12.
- (17) Archibald L, Brunette MF, Wallin DJ, Green AI. Alcohol use disorder and schizophrenia or schizoaffective disorder. *Alcohol Res*. 2019;40(1).
- (18) Immonen J, Jääskeläinen E, Korpela H, Miettunen J. Age at onset and the outcomes of schizophrenia: A systematic review and meta-analysis. *Early Interv Psychiatry*. 2017;11(6):453–60.
- (19) Emsley R, Chiliza B, Schoeman R. Predictors of long-term outcome in schizophrenia. *Curr Opin Psychiatry*. 2008;21(2):173–7.
- (20) Vita A, Barlati S. Recovery from schizophrenia: is it possible? *Curr Opin Psychiatry*. 2018;31(3):246–55.
- (21) Abel KM, Drake R, Goldstein JM. Sex differences in schizophrenia. *Int Rev Psychiatry*. 2010;22(5):417–28.
- (22) Cascio MT, Cella M, Preti A, Meneghelli A, Cocchi A. Gender and duration of untreated psychosis: a systematic review and meta-analysis: Meta-analysis of DUP by gender. *Early Interv Psychiatry*. 2012;6(2):115–27.
- (23) Carbon M, Correll CU. Clinical predictors of therapeutic response to antipsychotics in schizophrenia. *Dialogues Clin Neurosci*. 2014;16(4):505–24.
- (24) Barlati S, Deste G, Galluzzo A, Perin AP, Valsecchi P, Turrina C, et al. Factors associated with response and resistance to cognitive remediation in schizophrenia: A critical review. *Front Pharmacol*. 2018;9:1542.
- (25) Käkälä J, Panula J, Oinas E, Hirvonen N, Jääskeläinen E, Miettunen J. Family history of psychosis and social, occupational and global outcome in schizophrenia: a meta-analysis. *Acta Psychiatr Scand*. 2014;130(4):269–78.
- (26) Peritogiannis V, Gogou A, Samakouri M. Very long-term outcome of psychotic disorders. *Int J Soc Psychiatry*. 2020;66(7):633–41.
- (27) Sendt K-V, Tracy DK, Bhattacharyya S. A systematic review of factors influencing adherence to antipsychotic medication in schizophrenia-spectrum disorders. *Psychiatry Res*. 2015;225(1–2):14–30.

- (28) Mahmoodi-Gharaei J, Basirnia A, Abedi N, Shadloo B, Jafari S, Salesian N, et al. Association of premorbid adjustment with symptom profile and quality of life in first episode psychosis in a tertiary hospital in tehran, iran. *Iran J Psychiatry*. 2010 Winter;5(1):23–7.
- (29) MacBeth A, Gumley A. Premorbid adjustment, symptom development and quality of life in first episode psychosis: a systematic review and critical reappraisal: Premorbid adjustment in psychosis. *Acta Psychiatr Scand*. 2008;117(2):85–99.
- (30) Seeman MV. Does gender influence outcome in schizophrenia? *Psychiatr Q* . 2019;90(1):173–84.
- (31) Dixon L. Dual diagnosis of substance abuse in schizophrenia: prevalence and impact on outcomes. *Schizophr Res*. 1999;35 Suppl:S93-100.
- (32) Khokhar JY, Dwiel LL, Henricks AM, Doucette WT, Green AI. The link between schizophrenia and substance use disorder: A unifying hypothesis. *Schizophr Res*. 2018;194:78–85.
- (33) Jacob KS. Insight in psychosis: A critical review of the contemporary confusion. *Asian J Psychiatr*. 2020;48(101921):101921.
- (34) Kishimoto T, Hagi K, Kurokawa S, Kane JM, Correll CU. Long-acting injectable versus oral antipsychotics for the maintenance treatment of schizophrenia: a systematic review and comparative meta-analysis of randomised, cohort, and pre-post studies. *Lancet Psychiatry*. 2021;8(5):387–404.
- (35) Stevens GL, Dawson G, Zummo J. Clinical benefits and impact of early use of long-acting injectable antipsychotics for schizophrenia. *Early Interv Psychiatry*. 2016;10(5):365–77.
- (36) Rocamora-Montenegro M, Compañ-Gabucio L-M, Garcia de la Hera M. Occupational therapy interventions for adults with severe mental illness: a scoping review. *BMJ Open*. 2021;11(10):e047467.
- (37) Jia R, Liang D, Yu J, Lu G, Wang Z, Wu Z, et al. The effectiveness of adjunct music therapy for patients with schizophrenia: A meta-analysis. *Psychiatry Res*. 2020;293(113464):113464.
- (38) Lu S, Zhao Y, Liu J, Xu F, Wang Z. Effectiveness of horticultural therapy in people with schizophrenia: A Systematic Review and Meta-analysis. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(3):964.

- (39) Degmečić D. Schizophrenia and creativity. *Psychiatr Danub*. 2018; 30 (Suppl4):224–7.
- (40) Osakidetza [Internet]. Bizkaiko Osasun Mentaleko sarea, Zerbitzuak. 2022. Erabilgarri: <https://www.osakidetza.euskadi.eus/bizkaiko-osasun-mentaleko-sarea/-/bizkaiko-osasun-mentaleko-sarea-zerbitzuak/>
- (41) Colizzi M, Ruggeri M, Lasalvia A. Should we be concerned about stigma and discrimination in people at risk for psychosis? A systematic review. *Psychol Med*. 2020;50(5):705–26.
- (42) Chen E, Bazargan-Hejazi S, Ani C, Hindman D, Pan D, Ebrahim G, et al. Schizophrenia hospitalization in the US 2005-2014: Examination of trends in demographics, length of stay, and cost: Examination of trends in demographics, length of stay, and cost. *Medicine (Baltimore)*. 2021;100(15):e25206.
- (43) Eustat [Internet]. Euskal AEko datu estatistikoak. 2021. Erabilgarri: https://www.eustat.eus/municipal/datos_estadisticos/
- (44) Jablensky A, McGrath J, Herrman H, Castle D, Gureje O, Evans M, et al. Psychotic disorders in urban areas: an overview of the Study on Low Prevalence Disorders. *Aust N Z J Psychiatry*. 2000;34(2):221–36.
- (45) Hunt GE, Large MM, Cleary M, Lai HMX, Saunders JB. Prevalence of comorbid substance use in schizophrenia spectrum disorders in community and clinical settings, 1990-2017: Systematic review and meta-analysis. *Drug Alcohol Depend*. 2018;191:234–58.
- (46) Smith J, Hucker S. Schizophrenia and substance abuse. *Br J Psychiatry*. 1994;165(1):13–21.
- (47) Sagud M, Mihaljevic Peles A, Pivac N. Smoking in schizophrenia: recent findings about an old problem. *Curr Opin Psychiatry*. 2019;32(5):402–8.
- (48) Fang Y, Wang W, Zhu C, Lin GN, Cheng Y, Zou J, et al. Use of tobacco in schizophrenia: A double-edged sword. *Brain Behav*. 2019;9(11):e01433.
- (49) Potvin S, Sepehry AA, Stip E. A meta-analysis of negative symptoms in dual diagnosis schizophrenia. *Psychol Med*. 2006;36(4):431–40.
- (50) Aldridge RW, Story A, Hwang SW, Nordentoft M, Luchenski SA, Hartwell G, et al. Morbidity and mortality in homeless individuals, prisoners, sex workers,

and individuals with substance use disorders in high-income countries: a systematic review and meta-analysis. *Lancet*. 2018;391(10117):241–50.

(51) Oakley P, Kisely S, Baxter A, Harris M, Desoe J, Dziouba A, et al. Increased mortality among people with schizophrenia and other non-affective psychotic disorders in the community: A systematic review and meta-analysis. *J Psychiatr Res*. 2018;102:245–53.

(52) Glick HA, Li P, Harvey PD. The relationship between Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) schizophrenia severity scores and risk for hospitalization: an analysis of the CATIE Schizophrenia Trial. *Schizophr Res*. 2015;166(1–3):110–4.

(53) Yang Y, Li W, Lok K-I, Zhang Q, Hong L, Ungvari GS, et al. Voluntary admissions for patients with schizophrenia: A systematic review and meta-analysis. *Asian J Psychiatr*. 2020;48(101902):101902.

(54) Mintz AR, Dobson KS, Romney DM. Insight in schizophrenia: a meta-analysis. *Schizophr Res*. 2003;61(1):75–88.

(55) Pfiffner C, Steinert T, Kilian R, Becker T, Frasch K, Eschweiler G, et al. Rehospitalization risk of former voluntary and involuntary patients with schizophrenia. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2014;49(11):1719–27.

(56) Phan SV. Medication adherence in patients with schizophrenia. *Int J Psychiatry Med*. 2016;51(2):211–9.

(57) Harvey PD, Loewenstein DA, Czaja SJ. Hospitalization and psychosis: influences on the course of cognition and everyday functioning in people with schizophrenia. *Neurobiol Dis*. 2013;53:18–25.

(58) Lin C-H, Chen F-C, Chan H-Y, Hsu C-C. Time to rehospitalization in patients with schizophrenia receiving long-acting injectable antipsychotics or oral antipsychotics. *Int J Neuropsychopharmacol*. 2019;22(9):541–7.

(59) Pennington M, McCrone P. The cost of relapse in schizophrenia. *Pharmacoeconomics*. 2017;35(9):921–36.

(60) Mennini FS, Marcellusi A, Gazzillo S, Nardone C, Sciattella P, Migliorini R, et al. Economic impact of schizophrenia from a hospital and social security system perspective in Italy. *Clin Drug Investig*. 2021;41(2):183–91.

(61) Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN). Rehabilitación psicosocial del trastorno mental severo. Situación actual y recomendaciones. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN); 2002. Cuadernos Técnicos, 6.

(62) Luciano A, Metcalfe JD, Bond GR, Xie H, Miller AL, Riley J, et al. Hospitalization risk before and after employment among adults with schizophrenia, bipolar disorder, or major depression. *Psychiatr Serv.* 2016;67(10):1131–8.