

---

# ERIZAINAREN PAPERA ESKIZOFRENIA DUTEN PERTSONEN ERREHABILITAZIOAN ETA HAREN GARRANTZIA

---

ERIZAINNTZA  
Gradu amaierako lana

upna

Universidad Pública de Navarra  
Nafarroako Unibertsitate Publikoa

**EGILEA: ANE URKIA UNANUE**

ZUZENDARIA: SAIOA GOÑI IRIGOYEN

DEFENTSA DEIALDIA: 2019KO MAIATZA



Eskizofrenia, bere sintomatologia espezifikoz gain, pertsonaren autonomian eta bere bizi kalitatean eragiten duen gaixotasuna da. Aldi berean pertsonarengan ondorio sozial batzuk eragiten ditu, gaixoa isolamendu sozial batera eramanez. Gradu Amaierako Lan honen helburu nagusia, arazo hau argitara atera eta erizainen garrantzia erakustea da, azken hamarkadetan sortu diren errehabilitazio psikosozialen esku hartzeak praktikan jarritz. Horretarako, bilaketa bibliografiko bat egin da datu base ezberdinetara joaz, eta hitz gako zehatzak erabiliz. Erizaina izaten da pazientearen tratamendu integral eta bio-psikosozial bat jasotzearen arduradun, beti ere, elkarlan interdisziplinario baten laguntzaz. Horregatik, eskizofrenia duten pertsonen autonomia, autoestimua, kognizio soziala etab. landuko dituen interbentzio proposamen bat burutu da haien gizarteratzea eta ongizatea bultzatzeko asmoz. Interbentzio plan honetan, gaixoentzako tailer ezberdinak diseinatu dira eta behin interbentzioa bukatuta, gaixoei berak ebaluatuko dituzte interbentzio plan honen onurak.

**Hitz gakoak:** eskizofrenia, errehabilitazio psikosoziala, osasun mentala

**Hitz kopurua:** 10.948

La esquizofrenia, aparte de caracterizarse por su sintomatología, es una enfermedad que repercute en la autonomía y en la calidad de vida de la persona, afectando a su vez, a sus habilidades sociales y por lo tanto, condenando a la persona a un aislamiento social. El objetivo principal de este Trabajo de Fin de Grado es definir este problema y ensalzar la importancia del enfermer@ a la hora de poner en práctica las técnicas socio-rehabilitadoras existentes. Para ello, se ha realizado una búsqueda bibliográfica a partir de diferentes bases de datos, utilizando palabras claves específicas. El/la enfermer@ suele ser el/la encargad@ de que el paciente reciba un tratamiento bio-psicosocial e integral, siempre y cuando obtenga ayuda interdisciplinaria. Por ello, se ha realizado una propuesta de intervención con el objetivo de trabajar la autonomía, la autoestima, la cognición social etc. y ayudar en la integración en la sociedad de estos pacientes para la mejora de su calidad de vida. Para la intervención, se han diseñado varios talleres para los pacientes, que ellos mismos una vez acabada la intervención, valorarán los beneficios obtenidos mediante una encuesta.

**Palabras clave:** esquizofrenia, rehabilitación psicossocial, salud mental

**Número de palabras:** 10.948

Schizophrenia, apart from being characterized by its symptomatology, is a disease that affects the autonomy and quality of life of the person. This lastly impacts on his/her social skills condemning them to a social isolation. The main aim of this project is to review this problem and to give importance to the work of nurses who implement some of the existing socio-rehabilitating techniques. To achieve this a literature review has been done using different databases and searching for specific keywords. The nurse is usually the person in charge of the implementation of the patient's bio-psychosocial treatment, as long as he/ she gets interdisciplinary help. For this, an intervention proposal has been elaborated with the aim of working patients' autonomy, self-esteem, social cognition... and helping them with the social integration for the improvement of their quality of life. For the intervention, several workshops have been designed for the patients and the whole project will be assessed by the patients themselves at the end of the study, in order to evaluate the obtained benefits.

**Keywords:** schizophrenia, psychosocial rehabilitation, mental health

**Number of words:** 10.948

## Aurkibidea:

1.	SARRERA.....	1
2.	HELBURUAK .....	2
2.1.	Helburu orokorra:.....	2
2.2.	Helburu zehatzak:.....	2
3.	METODOLOGIA.....	2
4.	EMAITZAK ETA GARAPENA: .....	5
4.1.	Eskizofrenia.....	5
4.2.	Eskizofreniaren testuinguru demografikoa .....	7
4.3.	Eskizofreniaren testuinguru ekonomikoa.....	9
4.4.	Eskizofreniaren ondorio sozialak .....	11
4.5.	Errehabilitazio psikosoziala eskizofreniaren tratamendu gisa: ikuspegi aldaketa bat historian zehar.....	13
4.6.	Terapia kognitibo-konduktuala: .....	17
4.7.	Psikoheziketa: .....	19
4.8.	Terapia okupazionala: .....	21
5.	EZTABAIDA.....	22
6.	KONKLUSIOAK .....	25
7.	INTERBENTZIO PROPOSAMENA .....	26
7.1.	Sarrera .....	26
7.2.	Itu taldea.....	28
7.3.	Interbentzioaren helburu orokorra.....	29
7.4.	Justifikazio pertsonala:.....	29
7.5.	Arazoaren analisia .....	29
7.6.	Justifikazio etikoa: .....	30
7.7.	Metodologia .....	31
7.8.	Interbentzioaren garapena .....	32
7.9.	Emaitzen ebaluazioa: .....	38
8.	Eskerrak.....	38
9.	Bibliografia.....	39
10.	Eranskinak: .....	43
1.1.	Eranskina: informatutako baimen orria. ....	43
1.2.	Eranskina: eskizofreniari buruzko galdeketa laburra.....	44
1.3.	Eranskina .....	45
1.4.	Eranskina .....	46
1.5.	Eranskina .....	47

6. Eranskina: parte-hartzaileen ebaluazio orria.....	48
--	----

## 1. SARRERA

Espainiar estatuan, gaixotasun mentalen (GM) zifrak, gaixotasun kroniko ohikoenen mailan sartzen dira, kantzerra eta bihotzeko gaixotasunarekin batera. Haien hasiera goiztiarrarengatik, prebalentzia nabarmenki igotzen da pertsona helduetan. Buruko gaixotasunen existentziaren ideia bat izateko, lau pertsonatik batek nahaste mental komun bat (depresioa eta antsietatea gehien bat) sufritu du bere bizitzan zehar eta gizartearen %0,5-%1ak aldiz, gaixotasun mental larriren bat (eskizofrenia besteak beste) izan du. Beraz, jakinaren gainean geratzen da egungo gizartearen oso maiz agertzen den errealitate bat dela buruko gaixotasunen egoera (Noguer, 2017).

Historian zehar, Osasun Publikoa ez da gai izan gaixotasun mentalen egoera modu global batean aurre egiteko, baina azken urteetan GM-aren tratuari buruzko ikuspegi aldaketa bat sortu da. 2005ean adibidez, Osasunaren Munduko Erakundeak (OMEk) "No health without mental health" kanpaina atera zuen, buruko gaixotasunen aldarrikapen bat egitearen helburuarekin, osasun politikan izandako diskriminazioagatik. 2013an berriz, osasun publikoari bultzada berri bat eman zion, "2013-2020ko Gaixotasun mentalaren ekintza plana" argitaratuz. Ekintza hauek osasun publikoaren barnean GMen promozio, prebentzio, tratamendu eta errehabilitazioan aurrerakuntzak ekarri dituzte, gaur egun, interbentzio ezberdinen garapen nabarmen bat eginez eta arreta integral bat eskainiz (Noguer, 2017).

Eskizofreniaren kasuan konkretuki, OME-ren arabera, norberaren pentsamenduen, emozioen, hizkuntzaren eta baita jarreraren distortsioaz bereizten den gaixotasun mentala da. Sintoma bereizgarrienetako bat gaixoak sufritzen dituen delirio eta aluzinazioak dira, baina hortaz gain, gaixotasunak norberaren eremu anitzetan eragiten duela ikusi da. Pertsonaren sexu, izaera, genetika edo eta maila soziokulturalaren arabera, sintomen konbinazio erabat ezberdinak azal daitezke, gaixoaren jarrera baldintzatuz. Eskizofrenia pairatzen duten pertsonen pertzepzioaren, pentsamenduen eta emozioen distortsioak jasaten dituzte, eta hortaz, subjektuak errealitatea oker ebaluatzen du.

Hori dela eta, bere eguneroko bizimoduan erasan handia izan dezakete. Sozialki integratzeko eta bizitza independente bat izateko zailtasunak ekarriz eta haien bizi kalitatea nabarmenki galduaz. Isolamendu sozial honek, eskizofrenia eta baita beste GMak dituzten pertsonen suizidio tasak igotzen ditu (Noguer, 2017). Izan ere, OMEren arabera suizidioen %90 GMen batekin erlazionatuta dago. Eskizofreniaren diskriminazioaren beste seinale bat, lana lortzeko dituzten zailtasunak dira, Espainiar Estatistiken Institutu Nazionalaren arabera (INE, 2015), paziente psikotikoen %85a

langabezia egoeran dago eta lanean dauden haiek, haien gaitasunetatik behera dauden lanpostu kaskarrak izaten dituzte.

Isolamendu sozial honen aurrean, pazienteari gizartean integratzeko tresnak eskaintzea eta haiei buruzko errehabilitazio bat egitea beharrezkoa da osasun munduan, eta hortaz, erizaintzan. Nahiz eta urteetan osasungintzan jorratu gabeko gai bat izan eta gaur egun oso presente dagoen arazo bat dela ikusiz, Gradu Amaierako Lan (GRAL) honek, eskizofreniaren tratamenduak izan dituen aldaketak aztertu eta ikuspegi terapeutiko batetik jorratzea du helburu. Gaixotasunaren berezko sintomak ekartzen dituzten ondorioak tratatzeko teknikak definitzeaz arduratuko da, eta eremu honetan erizainaren papera zein den azalduko du, lan proposamen bat garatuz.

## **2. HELBURUAK**

### **2.1. Helburu orokorra:**

Eskizofreniari buruzko berrikuspen bibliografiko bat egin eta erizainak eskizofrenikodunen gizarteratze prozesuan duen garrantzia azaldu.

### **2.2. Helburu zehatzak:**

- 2.2.1. Gaixotasuna bera, definitu (sintomak, tratamendua, jatorria etb.) eta eskizofreniaren gaur egungo egoera azaldu.
- 2.2.2. Gaixotasunaren sintomatologiak pazientearen autonomian eta bere gaitasun sozialean nola eragiten duen azaldu.
- 2.2.3. Eskizofreniaren errehabilitazioaren parte diren esku hartze ezberdinak ikusi eta bertan, erizainak duen papera azaldu.
- 2.2.4. Gaixotasun eskizofrenikodun pertsonak gizarteratzeko eta galdutako autonomia berreskuratzeko, erizainak gidatutako interbentzio proposamen bat egin.

## **3. METODOLOGIA**


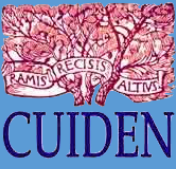
Erizaintzako Gradu Amaierako Lan hau, era sistematikoan egin den berrikuspen bibliografiko batek eta interbentzio proposamen batek osatzen dute. Horretarako, bilaketa bibliografiko zehatz bat egin da, baztertze eta barne hartze irizpideak erabiliaz.



Barne hartze irizpideei dagokienez, 2006etik 2019ra bitartean argitaratutako dokumentuak erabiliz osatu da gehien bat. Datu konkretu batzuen aktualizazio faltagatik 2000. urte arte luzatu da bilaketa kasu batzuetan eta baita lehen ikerketa lanak aipatzeko momentuan ere. Hortaz gain, euskaraz, gaztelaniaz edo eta ingelesez idatzitako edukiak eskuratu dira, aniztasuna duten informazio iturriak eskuratzeko




helburuarekin. Nahiz eta hitz gakoak gazteleraz bilatu ingelesezko ikerketak aurkitu dira zeinbaitetan. Baztertze irizpide gisa ordea, gaiarekin zuzenean erlazionatuta ez dauden artikulua eta testu osoak ez diren edukiak baztertuak izan dira. Gainera, fidagarritasun gutxiko informazio iturriak eta ebidentzia zientifiko ahuleko datuak alde batera utzi dira.

Bilaketa bibliografikoa burutzeko, hainbat datu basetara jo da, hitz gako ezberdinak erabiliz eta “AND” operadore bolearra hartuz. Jarraian datorren taulan, bilaketa bakoitzaren ezaugarri zehatzak eta lortutako emaitzak laburbilduko dira:

Datu basea	Hitz gakoak	Filtroak	Emaitzak-erabilitakoak
	“esquizofrenia” AND “autonomía”	<u>Urtea</u> : 2010-2019 Testu osoa	17-1
	“autoestima” AND “salud mental”	Aldizkari artikulua Testu osoa <u>Materia</u> : psicología y educación <u>Submateria</u> : psicología	34-1
	“esquizofrenia” AND “cognición social”		9-1
	“psicoeducación” AND “salud mental”	<u>Hizkuntza</u> : gaztelania	19-2
	“psicoeducación” AND “esquizofrenia”		2-1
	“manicomio” AND “locura”	<u>Urtea</u> : 2006-2019	14-1
	“esquizofrenia” AND “factores de riesgo”		18-2
	“terapia cognitivo-conductual” AND “enfermería”		16-1

	"terapia grupal" AND "enfermería"		5-1
	"esquizofrenia"	<u>Tema:</u> temas de salud	4-1
	"esquizofrenia" AND "psicoeducación"	Filtrorik gabe	17-2
	"esquizofrenia" AND "factores de riesgo"		18-1
	"cognitive behavioural therapy" AND "study" AND "schizophrenia"	Sarbide irekia Urtea: 2016-2019	55-2
	"psychoeducation" AND "schizophrenia"	Urtea: 2005-2015 Testu osoa Gaia: humans Artikulu mota: clinical trial	61-1

Bilatzaileei dagokienez, "Google akademikoa" erabili da bilaketa anitzago bat lortzeko asmoz. Googleren barne dagoen arakatzaille honek, literatura zientifiko nahiz akademikoaren bilaketa azkar bat burutzen du. Hauek izan dira lortutako emaitzak:

Arakatzailera	Hitz gakoak	Filtroak	Emaitzak-erabilitakoak
	"esquizofrenia" "prevalencia" "incidencia" "Navarra"	Urtea: 2000-2015	557-1
	"terapia cognitivo-conductual" AND "esquizofrenia"	Urtea: 2005-2019 Hizkuntza: gaztelania	2020-2
	"gasto" "esquizofrenia" "España"	Gaztelaniaz soilik <u>Urtea:</u> 2002	4.600-3
	"estudio observacional" "lenguaje" "comunicación" "esquizofrenia"	Gaztelaniaz soilik <u>Urtea:</u> 2015	199-1
	"rehabilitación psicosocial" AND "esquizofrenia"	Urtea 2005-2019 Hizkuntza: gaztelania	1090-3

Datu-base hauetaz gain, web orrialde ofizialak erabili dira bilaketa egiteko, hala nola Osasunaren Munduko Erakundearen (OME) orrialde ofiziala adibidez. Bertan, egungo nazioarteko osasunari buruzko informazio zehatza aurki dezakegu.

Azkenik, NUPeko zientzietako liburutegiko aldizkarien laguntzaz ere baliatu naiz lan hau burutzeko, “sirius” arakatzaillearekin aldizkariak eskuragarri zeuden ala ez ikusiz.

Lan honen egituraketarako “Gradu Amaierako Gida” dokumentuan eta “nire ikasgela” NUPeko plataforma ofizialean aurkitu daitekeen “CI para SAN TFG” ikastaroan oinarritu naiz. Bertan, bilaketa bibliografiko egoki bat egiteko informazio iturriak nola hautatu, plagioa ekidin eta erreferentziak modu egokian sartzeko gaitasunak eskuratu daitezke. Gainera, gaztelaniatik euskarara terminologia konkretua itzultzeko Elhuyar hiztegi elektronikoaz baliatu izan da eta bukatzeko, erizaintzako graduan zehar NUP-ek eskainitako zenbait dokumentutara jo dut lanaren egitura osatzeko.

## **4. EMAITZAK ETA GARAPENA:**

### **4.1. Eskizofrenia**

Eskizofrenia, depresioa eta dementziarekin batera mundu mailan gehien ematen den gaixotasun mentaletariko bat da.

Eskizofreniaren etiologiari dagokionez, ikerketa epidemiologikoen hainbat arrisku faktore daudela diote. Lehenik eta behin, karga genetiko nabarmen bat duela ikusi da. 2011ean eginiko ikerketa batean, karga genetiko eta gaixotasunaren arteko lotura handi bat zegoela ikusi zuten, partehartzaileen zuhaitz genealogikoak aztertuz. Eskizofrenia izateko probabilitatea zortzi aldiz handiagoa zela ikusi zen gaixoen anai-arrebetan. Bestalde, haurdunaldiko eta erditzeko baldintzek ere eragina zutela azaldu zen ikerlan berean. Desnutrizioa zuten amen ondorengoek probabilitate handiagoa zuten eskizofrenia izateko, eta baita erditze garaian, pisu baxua izan zuten haurrek ere (Cardet, 2013).

Kanpo faktoreei dagokienez, substantzia toxikoen kontsumoak (batez ere cannabis-ak) eskizofrenia azaltzearekin zerikusia duela ikusi da. 2011ean eginiko metanalisi batek adibidez, trastorno psikotikoak gertatzeko adina 2,7 urte aurreratzen zuela erakutsi zuen (Large, 2011). Aurrerago beste ikerketa batek, cannabis-ak gaixotasuna agertzeko aukerak bikoiztu egiten zituela azaldu zuen, eta nahiz eta cannabis-ak soilik eskizofreniaren agerpena ez ziurtatu, biologikoki psikosia azaltzeko joera zuten pertsonetan bultzatzaile bat izan zitekeela azaldu zuten (Tziraki, 2012).

Sintomatologiari dagokionez, eskizofrenia duen pertsona batek era ezberdinetako seinale anitz azaldu ditzake. Munduko Osasun erakundearen arabera, eskizofrenia da buruko gaixotasunetatik, ezintasun gehien sortzen duenatariko bat (OME).

Laburbilduz, eskizofrenikodunen sintomatologia hiru ataletan banatu genezake:

- Pertsonaren pentsamendua distortsionatzen dituzten sintoma psikotikoak edota sintoma positiboak. Bertan sartzen dira aluzinazioak, delirioak, pentsamenduak ordenatzeko zailtasunak eta ezohiko mugimenduak. Nola bait ere, pertsonaren izaera nabarmendu egiten da gehiegikeriak azalduz.
- Sintoma negatiboak. Hauek dira haien emozioak azaltzeko zailtasunak sortzen dituzten sintomak. Subjektuak, jarrera deprimitu eta uzkurto bat erakutsi dezake ingurukoekiko isolamendu bat erakutsiz eta eguneroko funtzioen galera azalduz. Bertan sartuko lirake alogia (hizkuntza espontaneoaren gabezia), anhedonia (plazerra sentitzeko gabezia), abulia (iniziatiba falta), apatia (motibazio falta).
- Sintoma kognitiboa. Gaixoak informazioa era egokian interpretatu eta erabiltzeko arazoak izaten ditu eta era berean, komunikatzeko, erabakiak hartzeko eta arreta jartzeko zailtasunak azaldu ditzake.

Eskizofrenia gaixotasun berezia da tratamenduari dagokionez. Bere sintomatologia zabala dela eta, esku-hartze konplexuak eskatzen ditu gaixoaren zainketa integral bat nahi bada. Gaur egun, elkar lanean dabiltzan bi tratamendu-bide nagusi erabiltzen dira batik bat: alde batetik, tratamendu farmakologikoa, eta bestetik, tratamendu psikosoziala (Haramburu, 2011).

Tratamendu farmakologikoaren helburu nagusia, sintoma psikotikoak kontrolatzea da, gaixoetan ohikoak diren krisiak hobetzeko hain zuzen. Era berean, gaixoaren funtzionalitatea eta egoera klinikoa hobetzeko erabilgarria da. Eskizofreniaren tratamenduaren bereizgarri, psikofarmako egokiak aukeratzeko, gaixotasuna zein etapatan dagoen haintzat hartu behar dela da. Antipsikotiko ororen ezaugarria, garuneko errezeptore dopaminergikoen antagonista bezala lan egiten dutela da. Honela neurotransmisioa eragozten da eta beraz, sintomak kontrolatzen dira (Bohorquez, 2014). Hala ere, era ezberdinetako albo-ondorioak sortzen dituzte farmako hauek. Adibidez, digestio eta liseriketa aparatuen funtzionamendua aldatu, eta ikusmen eta kognizio gaitasunak kaltetuak ikus daitezke (Muller, 2002). Honetaz gain, funtzio motoreak okertu, asaldura endokrinologiko eta metabolikoak sortu, edo eta bihotzeko arritmiak eragin ditzakete (Stahl, 2008).

Antipsikotikoak, bi taldetan bereiz daitezke: tipikoetan (bertan sartzen dira Clorpromazina, Flufenazina, Haloperidol, Loxapina, Perfenazina, Tiotixeno eta Trifluoperazina), eta atipikoetan (Aripiprazol, Asenapina, Clozapina, Iloperidona, Lurasidona, Olanzapina, Paliperidona, Risperidona, Quetiapina, Ziprasidona).

Duela 20 urte Wiersma-k eta beste kolaboratzaile batzuk antipsikotikoen efizientzia erakusteko 15 urteko jarraipeneko ikerlana egin zuten (Wiersma, 1998). Bertan, eskizofrenia zuten eta farmakoekin soilik tratatutako pazienteen %68-ak, gutxienez berrerortze bat jasan zuela ikusi zen, eta gaixoen %47-ak lau berrerortze izatera iritsi zirela ikusi zuten. Gainera, %16-ak sintoma kronikoak azaldu zituen 15 urte haietan. Datu hauen bidez, medikazioarekin bakarrik pazienteen herenak eskizofreniaren bilakaera kroniko bat izan dezaketela ikusi dezakegu eta gehiengoan berrerortzeak sufritzen dituela (Wiersma, 1998).

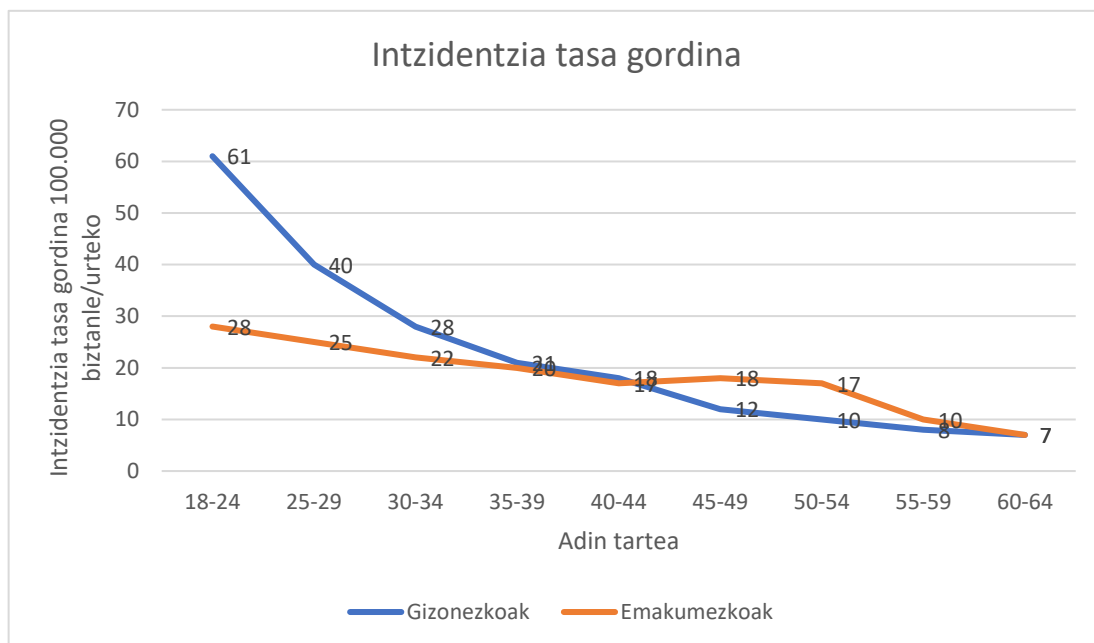
Tratamendu psikosozialaren kasuan, eskizofreniaren sintomatologiak eragiten duen isolamendua eta dependentziari aurre egiteko errehabilitazio jarraitu bat ematen da. Pazientearen autonomia, autopertzepzioa eta gaitasun sozialak garatzen dira gizarteratze prozesua ezinbestekoa bait da pazienteen bizi kalitatea hobetzeko eta hala nola familia eta lagun arteko harremanak garatzeko. Errehabilitazio prozesu hau esku hartze ezberdinekin burutzen da, beti ere talde lan multidisziplinari batekin. Aurreragoko beste atal batean landuko da tratamendu psikosoziala sakonki.

#### 4.2. Eskizofreniaren testuinguru demografikoa

Eskizofrenia mundu mailan 21 milioi pertsonak sufritzen duten gaixotasun mental larria da (OME, 2019). Gaitz honen lehen sintomak 16 eta 30 urte tartean azaltzen dira gehienetan, baina gizonezkoen kasuan, lehenago agertzeko aukera ere badago.

Madrilgo unibertsitatean 2006an, espainiar estatuan dagoen eskizofrenia intzidentzia tasa kalkulatzeko datu bilketa bat burutu zen. Horretarako, lehendik zeuden datu epidemiologikoak erabili zituzten. Kalkulatutako emaitzek, urtean 10.000 biztanletik 0,8-ak eskizofrenia azaltzen duela esan zuten (gizonezkoen 0,84-ak eta emakumezkoen 0,8-ak). Datu hauek gainontzeko herrialdeen antzekoak dira, Europar estatuen intzidentzia tasa 10.000tik 1koa bait da (Ayuso, 2006).

Trastorno eskizofrenikoen intzidentzia aldatu egiten da sexua, adina, arraza eta maila soziokulturalaren arabera. Orain dela gutxi sei herrialde ezberdinetan jasotako datuen arabera (horien artean Espainia), pertsona gazteetan eta gehienbat gizonezkoetan, psikosi kasu gehiago agertzen direla ikusi zen. Izan ere, Jostma H. E-ren hitzetan eta 2018ko datuetan ikusita, gizonezkoen %68k eta emakumeen %51ak, 35 urte baino lehen debutatzen dute trastorno psikotikoarekin. Ondorengo grafikoan, gizon eta emakumeen artean dagoen intzidentzia diferentzia ikusten da, adin tarte ezberdinetako kasuen gorakada azalduz (Hannah, 2018).



**1.go Irudia: Eskizofrenia duten gizon eta emakumeen intzidentzia tasa gordina, adinaren arabera.** Iturria: Hannah, 2018. Berregindako grafika.

Nafarroan konkretuki, ez dira eskizofreniaren intzidentzia eta prebalentziari buzuko ikerketa asko burutu, aurkitutako azken datuak 2000. urtekoak dira. Hala ere, eskizofreniaren prebalentzia tasa Espainia eta Europa osokoaren oso antzekoa dela ikusi da. 2000. urtean Nafarroan eginiko ikerketaren datuek diotenez, 17 urtetik gorako Nafarroako populazioaren %0,52-ak, kuadro eskizofrenikoren bat sufritu duela ikusi zen (populazio orokorraren %0,35-ak hain zuzen). Horretaz gain, gaixo hauen ia %50ak inongo tratamendurik jaso ez duela azaldu zen, gaixotasunaren kontzientzia faltagatik batez ere (Mata, 2000).

Nafarroako ikerketa berak, eskizofreniadun pazienteen perfilak aztertu zituen, Nafarroako Osasun Publikoko 93 pazienteko taldea hartuz. Emaitzek, gizonezkoen prebalentzia handiena 25 eta 34 urte bitartean dagoela azaldu zuten, %30a adin tarte hartakoa bait zen. Emakumeetan berriz, 35-44 urte tartean zeuden eskizofrenia kasu gehienak, gaixoen %27-a adin hartakoa izanik. Egoera zibilari dagokionez, gehienak bikotekiderik gabekoak zirela ikusi zen, gaixoen %81,75-a hain zuzen. Eskolaratzeetan, gizonezko gehiengoak bigarren hezkuntzako ikasketak hasi baina bukatu gabe zituen (%27,1-ak) eta emakumezkoetan gehiengoak, lehen hezkuntza soilik zuten egina (%36-ak). Lan egoerari dagokionez, laginaren erdiak pentsiodunak zirela azaldu zen (Mata, 2000).

### 4.3. Eskizofreniaren testuinguru ekonomikoa

Nahiz eta azken bi hamarkadetan gaixotasun mentalen gastuen ikerlanak areagotu, oraindik informazio zehatz gutxi aurkitu daiteke estatu mailan. Informazio eskasi hau deigarria da Espainia munduko 7. osasun sistema efizienteena izendatu bait zuen OME-k 2000. urtean.

Hala ere, zenbait lanen argitalpenak, gastuen gutxi gora beherako ideia bat izatera eramaten gaituzte (Carulla, 2007). Hauen artean, Zaragozako Larrialdi Ospitale Psikiatrikoan eginiko behaketa bat dugu, non 26 urtez (1975etik 2000ra bitartean), ospitaleratze guztiak erregistratu ziren. 1.go taulan, ikerketan jaso zituzten gaixo bakoitzaren ingresu, egonaldi eta altaren bataz-besteko gastuak agertzen dira. Bertako datuek, argi erakusten dute psikosi eskizofrenikoa duten gaixoen gastuak osotara, erabat nabarmentzen direla gainontzeko gaixotasun mentalen gastuetatik. Osotara 26 urtetan, 10.487.671€ inguru erabili ziren Zaragozako ospitale honetan psikosi eskizofrenikoa zuten gaixoak tratatzeko. Diferentzia deigarri honen arrazoi nagusia larrialdi kasuen maiztasun altuagatik dela esan daiteke batik bat, 2.153 kasu erregistraturik (Carulla, 2007).

**1.go Taula: 1975tik 2000era bitartean Zaragozako ospitalean egon ziren ospitalizazio psikiatrikoen kostuak. Iturria: Seva, 2002.**

Diagnóstico	N.º casos	Peso medio (complejidad)	Peso total (complejidad)	Coste unidad de (peso)	Coste total (euros)	Coste alta (euros)	Días de estancia	Coste estancia (euros)
Demencias	219	2,02	442,38	533.222	1.417.708	6.473,55	26,6027	243,34 €
Psicosis orgánicas transitorias	138	1,52	209,76	533.222	672.224	4.871,19	25,4275	191,57 €
Psicosis orgánicas	74	1,52	112,48	533.222	360.468	4.871,19	16,5541	294,26 €
Psicosis alcohólicas	254	1,52	386,08	533.222	1.237.282	4.871,19	16,5315	294,66 €
Dependencia a drogas	346	0,795 (media)	275,07	533.222	881.525	2.547,76	13,3699	190,56 €
Dependencia a alcohol	450	0,57	256,50	533.222	822.013	1.826,7	15,0289	121,54 €
Psicosis esquizofrénicas	2.153	1,52	3.272,56	533.222	10.487.671	4.871,19	22,7952	213,70 €
Trastornos paranoides crónicos	337	1,52	512,24	533.222	1.641.591	4.871,19	21,7923	223,53 €
Psicosis agudas y psicógenas	498	1,52	756,96	533.222	2.425.852	4.871,19	16,8414	289,24 €
Trastornos esquizoafectivos	396	1,52	601,92	533.222	1.928.991	4.871,19	22,5934	215,60 €
Trastornos neuróticos	403	0,9 (media)	362,70	533.222	1.162.355	2.884,26	18,1241	159,14 €
Trastornos de personalidad	655	0,68	445,40	533.222	1.427.387	2.179,22	14,7191	148,05 €
Trastornos sexuales	3	1,3499	4,05	533.222	12.979	4.326,38	16,6667	259,58 €

Beste alde batetik, egia da gaixotasun psikotikoak larrialdi ingresu laburretan baino maizago egoten direla egonaldi luzeetako zentruetan. Gaixoa, laguntza familiar

faltagatik edota zerbitzu komunitario eskasiagatik, nora joan ez duela geratzen da eta unitateak gaixoarentzat leku egokia aurkitu arte ingresatuta mantentzen du. Horren harira, 2. taulan ikusten dira, zentru ezberdinetan dauden gastu diferentziak, non argi ikusten diren egonaldi luzeen kostuak direla garestienak (Seva, 2002).

**2. Taula: gaixotasun mentalen Espainiako gastuak 2000. Urtean.** Iturria: Seva, 2002

	N.º	Euros	Millones Euros
Coste hospitalización corta Psicosis	9.279	4.409,18	40,91
Coste hospitalización larga Psicosis	20.131	1.344,10	270,58
Coste tratamiento farmacológico Psicosis	3.364.000	3,61	121,51
Coste consulta ambulatoria Psicosis	2.110.000	21,79	45,97
Coste Total		478,98 €	
Coste hospitalización corta Depresión	8.233	3.938,20	32,42
Coste hospitalización larga Depresión	7.009	1.344,10	94,21
Coste tratamiento farmacológico Depresión	14.067.000	0,95	133,58
Coste consulta ambulatoria Depresión	7.360.000	2,55	187,55
Coste Total		447,77 €	
Coste hospitalización corta Neurosis	1.401	2.460,81	3,43
Coste hospitalización larga Neurosis	855	13.435,91	11,49
Coste tratamiento farmacológico Neurosis	6.580.000	3,98	26,18
Coste consulta ambulatoria Neurosis	5.130.000	2,19	112,23
Coste Total		153,32 €	
Coste hospitalización corta otro T. Mental	11.128	2.800,42	31,16
Coste hospitalización larga otro T. Mental	21.726	1.344,10	292,03
Coste tratamiento farmacológico otro T. Mental	3.622.000	4,92	17,83
Coste consulta ambulatoria otro T. Mental	2.230.000	21,79	48,59
Coste Total		389,60 €	

Modificada de Bernard Krief. Proyección año 2000.

Eskizofreniari soilik dagokionez, 2002an eginiko beste ikerketa batek, Espainiar estatuak eskizofrenian inbertitzen zituen gastuak aztertu zituzten, osasun zerbitzu eta osasunetik kanpoko zerbitzuak aztertuz batik bat. Osasun zerbitzuen gastuetan, ospitaleak, ambulatorioak eta farmakoak sartuko lirateke eta osasun zerbitzutik kanpoko gastuetan berriz, zaintza informalararen ondorioz sortutako gastuak egongo lirateke, hau da osasuneko profesionalen gain ez dauden zaintzak. Eraitzen arabera, 2002an, 1.970 milioi inbertitu ziren guztira eskizofrenian, 1.044 osasun zerbitzuetan eta 970 milioi osasunetik kanpoko gastuetan (Oliva-Moreno, 2006).

Honetaz gain, ikerketaren emaitzek eskizofrenia diagnostiko printzipal bezala zuten 257.252 ospitaleratze (14 eguneko bataz-besteko egonaldiarekin), eguneko ospitaletara 211.911 bisita eta larrialdietako 129.463 bisita bildu zituzten 2002an estatu

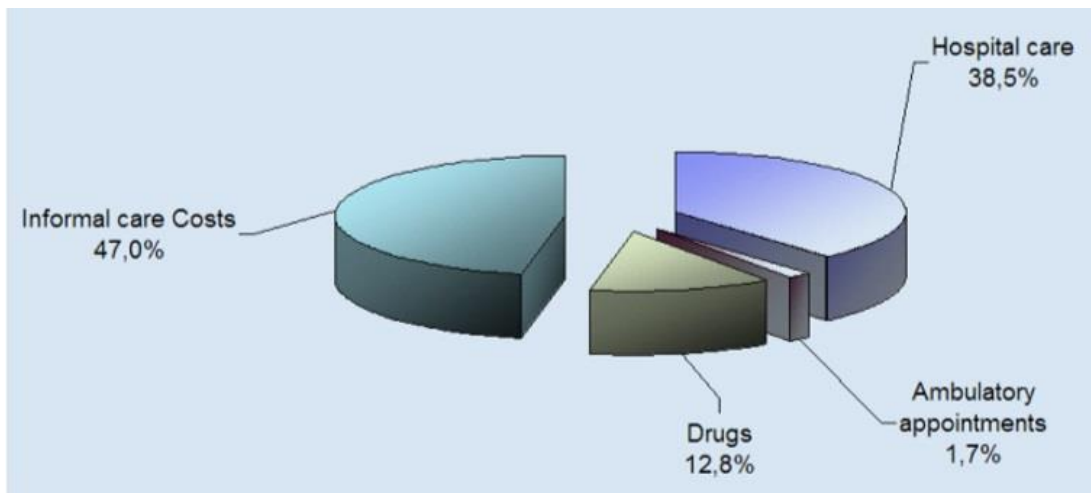
**3.Taula: 2002ko osasun zerbitzuen eta osasun zerbitzutik kanpoko zaintzen gastuak Espanian.** Iturria: Oliva-Moreno, 2006

Source of cost	Cost (2002 €)
Direct medical care	1,044,515,468
Hospital care	
Inpatient care	715,890,671
Emergency room	12,687,374
Day hospital visits	29,879,451
Outpatient care	
Outpatient consultations	31,003,808
Primary care consultations	2,190,990
Drugs	252,863,174
Direct nonmedical costs	926,339,401
Total costs	1,970,854,869



osoan. Gainera, psikologo, erizain eta mediku zerbitzuak gehituta, 1.096.954 bisita ambulatorio estimatu ziren guztira, guzti honen kostua 33,2 milioikoa izanik (Oliva-Moreno, 2006). Medikamentuei dagokionez, 252 milioi gastatu ziren, hauen %52,6-a neuroleptikoetan eta %37,5-a hipnotikoetan inbertituz (Molero, 2018). Bildutako gastu guztiak alderatzen hasita, diru gehien ospitaleratzeetan inbertitzen dela ikusi dezakegu.

Nafarroan eginiko lan baten arabera, eskizofrenia duten pertsonen zaintzaile nagusiek (familiarrak, kontratatutako jende ez profesionala etab.) eguneko 1,9h eskaintzen dizkiote gaixoaren arretari (11,2h astean, 48h hilean) (Loayza, 2015). Datu hau, Espainiako eskizofrenia prebalentzia tasarekin konbinatuz 141,1 milioi orduko zaintzara iristen gara. Ordu kantitate hau zaintza orduen kostu ekonomikotan bilakatzen badugu, 926 milioi euroko gastua ateratzen zaigu eskizofreniaren zainketa informalean (Loayza, 2015).



**2.Irudia: Espainiako eskizofreniaren gastuen banaketa.** Iturria: Oliva, 2006

Azken grafika honetan, eskizofreniaren kostu generalean, gastu bakoitzak hartzen duen ehunekoa azaltzen da. Zerbitzu informalek betetzen dute gastuen zatirik handiena (%47), ospitaleratze gastuak bigarren postua hartuta (%38,5) (Oliva-Moreno, 2006).

#### 4.4. Eskizofreniaren ondorio sozialak

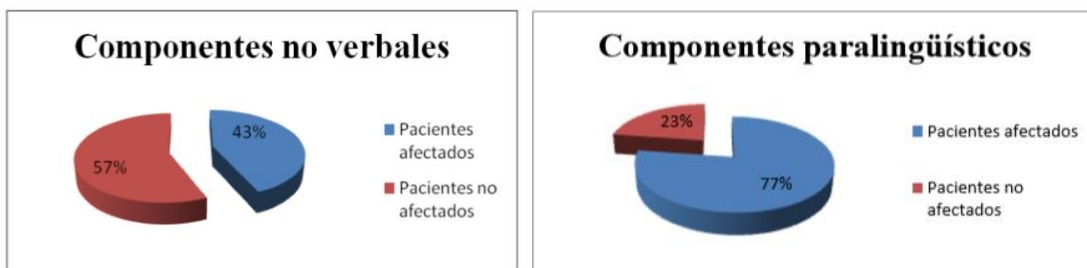
##### 4.4.1. Kognizio soziala

Azken hamarkadan indar handiz aztertu den gaia da eskizofreniak pertsonaren kognizio sozialean duen eragina. Azken ikerketen arabera, kognizio sozialak neurologia eta gaixoaren jarrera sozialaren arteko bitartekaria da, hau da, pertsonaren interakzio sozialen arduradun diren operazio neuronalak osatzen dute.

Bertan sartzen dira pertsonaren, hizkuntza, arreta maila, harreman ezberdinen interpretazioa eta haiei ezarritako jarrera.

Eskizofreniaren sintoma klinikoak, alterazio kognitibo hauen arduradun nagusia direla ikusi da. Firth-en iritziz eskizofreniak garuneko funtzio batzuetan defizit nabarmena eragiten du, gainontzekoen eta norberaren sentimenduan kudeatzeko zailtasunak ekarriz (Firth, 1996). Honetaz gain, hainbat lanek, eskizofreniak hizkuntzan eta komunikazioan eragin handia duela demostratu dute, batez ere lengoia figuratiboan eta bigarren zentzuzko mezuetan (ironian), harreman interpersoneletarako gaitasunaz kitatuz (Couture, 2008).

Bestalde, aurpegiko espresioak interpretatzeko zailtasunak ere agertu dira eskizofreniaren ondorioetan, hitzetatik kanpoko komunikazioaren defizitak erakutsiz. Oso ohikoa da tonu eta keinu desegokiak erabiltzea eskizofrenia duten pertsonetan. Kantabrian 2016an, 12 pazienteri eginiko ikerketa baten arabera, haien %43,5ak, hizketaz kanpoko komunikazio arazoak azaldu zituzten. Gainera, gaixotasuna zuten %77,3ak komunikazio paralinguistikotan eragina nabaritu zuten (Sánchez, 2016) (3. Irudia).



**3. Irudia: Hizketaz kanpoko komunikazio arazoak azaldu zituzten pazienteen ehunekoa (ezkerrean) eta komunikazio paralinguistikoan arazoak azaldu zituzten pazienteen ehunekoa (eskuinean).** Iturria: Sanchez, 2016

2015ean berriz, "Schizophrenia Bulletin" aldizkariak ateratako ikerketa batean, pazienteek duten hizketaz kanpoko pertzepzio ahula demostratu zuten. Behatu zituzten 46 pertsonetatik guztiak azaldu bait zuten asalduraren bat komunikazio pertzepzioan (Bohlhalter, 2015).

Eskizofreniaren ondorio sozial guzti hauen jatorria nondik datorren jakiteko hainbat ikerketa egin dira azken hamarkadetan. 90eko hamarkadan, Brothers-ek demostratu zuen jada, primateei eginiko esperimendu batean, garuneko puntu konkretu batzuetako alterazioek isolamendu soziala ekar zezaketela (Brothers, 1990). Handik aurrera zeinbait lanek, hipotesi hau baieztatu zuten garuneko atal haiek gehiago zehaztu eta hedatuz. Teknologia berrien etorrerak, ikerketak aurreratzea ahalbidetu zuen eta garuneko beste atal batzuen aurkikuntza ekarri zuen (Williamson, 2011). "Eremu sozialak" deituriko atal hauek kognizio sozialaren defizitaren eragile batean oinarritzen dira (García, 2018).

#### 4.4.2. Autoestimua eta autopertzepzioa

Bestalde, eskizofrenia duten pertsonen faktore garrantzitsu bat, haien autoestimu maila da. Autoestimu altuak, pertsonak norberarenganako ikuspegia hobetu, eta etorkizunerako onurak ekartzen dituela ikusi da, bere bizi kalitatea nabarmenki hobetuz. Gaixotasun mentala duten pazienteen kasuan ordea, oso ohikoa da autokontzeptu baxua izatea haren kapazitate maila murriztuz eta isolamendua ekarriz. Honen eragileetako bat gaixotasun mentalei buruz dagoen estigma izan liteke, eta baita gaixoak berak dituen ezgaitasun sozialen nabarmentzea ere. Hortaz, zuzenki erlazionatuta daudela esan dezakegu gaixotasun mentala eta autoestimu falta (Casullo, 2009).

#### 4.4.3. Autonomia

Azkenik, paziente hauek haien eguneroko bizitzan ohikoak diren ekintzen zailtasuna aipatu dezakegu. Jakinaren gainean da hauen %80ak gaitasun falta azaltzen duela, bizitza autonomo eta independente bat izateko arazoak agertuz. Gizakiak biologikoki, psikologikoki eta sozialki beharreko du era produktibo eta gogobeteko batean jardutea, haren bizi kalitate zeharkako eran hobetuz eta eskizofrenia dun pertsonak zeregin produktibo haien eskasia edo falta azaltzen dute (Pablo, 2015).

#### 4.5. Errehabilitazio psikosoziala eskizofreniaren tratamendu gisa: ikuspegi aldaketa bat historian zehar.

Historian zehar modu askotara tratatu dira gaixotasun mentala dituzten pertsonak, eta hortaz, eskizofrenia duten pertsonak. Erdi Aroan adibidez, gaixoak sorginduta zeudela uste zuten, eta sutan erretzen zituzten (Florit-Robles, 2006). XV. mendetik aurrera, era ezberdin askotara ulertu zen psikiatria. Elizak, exorzismoa erabiltzen zuen tratamendu gisa, deabruak hartutako gizabanakoak zirenaren ustean; medikuntza enpirikoak aldiz, sendabelarren eta sorginkerien aurkako erritualen bidez tratatzen zuten gaixoa; eta mediku eta botikariek, dieta zorrotzak eta ur hotzeko dutxak egiten zizkieten besteak beste. Ilustrazio garaitik aurrera, XVII eta XIX mendeen artean, Frantzia, Ingalaterra eta Italian, gaixotasun mentala zuten pertsonen aislamendu absolutua bultzatzen zuten mugimenduak sortu ziren, gizartearekin inongo kontakturik mantendu ez zezaten (Sacristán, 2009). Isolamendu honen bitartez sortu ziren lehen psikiatrikoak eta era berean, gaixo mentalen instituzionalizazioa (Florit-Robles, 2006). XX. Mende erditik aurrera, psikiatriak norabide aldaketa handi bat izan zuen, 60ko hamarkadatik aurrera erreforma psikiatriko bat egon zen, non pazienteari arreta komunitario bat eskaintzen zitzaion. (Sacristán, 2009) Modelo komunitario honen harira, interbentzio multidimentsional asko aztertu ziren garai hartan. Konkrétuki, Fallonek egindako nazioarteko ikerketa baten emaitzek diotenez, tratamendu farmakologiko indibidualizatu bat gaixoaren psikoheziketa intentsibo

batekin konbinatuz, gaixotasunaren eboluzio hobe bat lortzen da eta berrizkaturak gutxitzen dira (Fallon, 1983).

Beste alde batetik, mende honetan zehar, gaixotasun kronikoak garrantzi handia eskuratu zuten, bai psikiatrian eta baita osasunaren beste eremu askotan ere. Garai bateko gaixotasun larriak modu azkar batean sendatzeko pentsaera hori, gaixo kronikoen bizi kalitatea hobetzeko ikuspuntuarekin ordezkatu zen.

Hori dela eta, medikamentuekin soilik errekupeazio integral bat lortzea ezinezkoa zela ikusi zen. Tratamenduaren beste ikuspegi bat beharrezkoa zela (Robles, 2006). 1996an, OME eta *World Association for Psychosocial Rehabilitation (WARP)*-ek errehabilitazio psikosoziolari buruzko deklarazio berri bat sortu zuten, bertan tratamenduarekiko kontzeptu berritzaileak aipatu ziren. Errehabilitazio psikiatrikoa eskizofreniaren sintoma iraunkorren tratamendu jarraitu bat bezala ulertuz eta aldi berean, gizarteratze prozesu baten parte izanez (Taborda, 2016). Beraz, azken hogeitun urteetan, errehabilitazio psikosoziala eskizofreniaren tratamenduaren ardatz nagusienetako bat bilakatu dela esan dezakegu.

Ikuspegi berri honen ondorioz, osasun mentalaren arloko zenbait baliabideren aldaketa sakon egon ziren. Erreforma berri honek, gaixotasun mentala ikuspegi bio-psikosozial batetik ulertzen du, parte hartze komunitario batez baliatuta. Errehabilitazioak, gaixoa bere ingurunean erosotasunez sentitzea du helburu, bere funtzionamendua hobetuz eta ahalik eta interbentzio gutxien eginaz (Garcelán, 2003).

#### **4.5.1. Ikuspegi aldaketa Nafarroan: osasun sistemaren baliabideak**

Gaur egun, Nafarroan lehentasun handia du desoreka hau duten pertsonen eskaintzen zaien asistentzian eta horregatik zenbait aldaketa pairatzen ari dira azkenaldian sektore honetan. Osasun mentalaren barneko langile soziosanitarioak aurrerakuntza asko egin dituzte azken urte hauetan eta ikuspuntu aldaketa bat gertatzen ari dela esan daiteke, profesionalen koordinazioari eta zainketa integral bati lotuta.

Horren erakusle dira adibidez, Nafarroako Osasun Sistema publikoaren parte diren San Frantzisko Jabierreko zentruak. Bertan, dementzia, gaixotasun mentalen bat eta laguntza sozial edo familiarrik gabe geratu diren pertsonen arreta eskaintzen zaie. 190 erresidentzia plaza daude bertan eta eguneko zentruetarako berriz 45. Zentru hauen helburu nagusia osasun arreta jarrai bat, etxebizitza zerbitzua, eta terapia okupazionala eskaintzea da. Eguneko zentruetan berriz, gaixotasunaren errehabilitazio eta mantentze bat lortzen da eta pazienteak egunez soilik egoten dira bertan. Osozara, San Frantzisko Jabierrek errehabilitazio zentru bat (28 ohe eta 32 plazarekin), ospitale psikogeriatriko bat (20 plazarekin eta estimulazio kognitiboa

lantzeko 80 plazarekin) eta Gaixotasun Mental Larriko Unitatea du (88 plaza). Hortaz gain, farmazia, sukalde orokor bat eta irakaskuntza aretoez baliatzen da gune osoa.

Hori gutxi balitz, pasaden udan (2018an) San Frantzisko Jabierren erreforma handi bat egin zen gune psikiatriako hau zabaltzeko. 2014ean martxan jarritako proiektu honek 13 milioi euroko gastuak ekarri ditu eta bertan, erdizkako egonaldiko eta egonaldi luzeko bi zentru ireki dituzte. Bi unitate hauen sorrerak, arreta erresidentzial arrunt bat ematetik arreta asistentzial batera bultzatzen gaitu, bertako pazienteei egonaldi mugatu bat eskainiz. Zentru hauen eta alboan dagoen errehabilitazio zentruaren elkar lanarekin pazientearen gaitasun soziala eta autonomoak sustatzen dira, baita kapazitate kognitiboak ere, errehabilitazio sare eraginkor bat sortuz. Haien funtzio nagusia instituzionalizazio eta ospitaleratzeak saihestea da, lan talde multidisziplinari baten bidez gizarteratzeko eta haien bizi kalitatea eta autonomia ahal bezain beste hobetzeko.

Erdizkako egonaldiko zentrua pasaden irailean jarri zen martxan, solairu bakarreko unitatea da eta 28 plazaz osatutako dago. Bertako lan taldea hiru psikiatra, psikologo bat, osasun mentalean espezializatutako zortzi erizain, erizainen arduraduna, 17 erizaintzako laguntzailez, terapeuta okupazional bat eta gizarte laguntzaile batez osatuta dago. Urteko 100 bat paziente ingresatzea aurre ikusten da.

Egonaldi luzeko zentrua berriz, 2018ko ekainean ireki zen. Bi solairuko eraikin honek 28 ohe eskaintzen ditu. Bertako lan taldea bi psikiatra, psikologo bat, erizain arduradun bat, bost erizain espezializatu, 10 erizain laguntzaile, terapeuta okupazional bat eta gizarte langile batez osatuta dago. Kasu honetan urteko 50 paziente tratatzea aurre ikusten da, gehiengo egonaldia urte batekoa izanez.

Enpresa pribatuei dagokionez, Nafarroako Gobernuak kontzertatutako Avánvida enpresak kudeatzen dituen Errehabilitazio Zentru Psikosozialak aipatu ditzakegu. Iruñan, Lizarran eta Tuteran kokatutakoak hain zuzen. Programa honen bitartez maila ezberdinetako arreta anbulatorioa ematen da, gaixoaren eskaeraren arabera. Bi modalitate ezberdinetan ematen da: 11 hilabetez astegunetan zabalik dagoen errehabilitazio programa baten bitartez, edota 8 orduz zabalik dauden eguneko zentruen bitartez. Zentru hauetara eratortzeko, Nafarroako Osasun Mentalaren Sarearen bitartez egin beharra da (Martín, 2017).

#### 4.5.2. Erizainaren papera pazientearen errehabilitazioan:

Azkenik erizaintzaren ikuspuntutik, errehabilitazio psikosoziala erizainen zaintza espezifikoarekin erlazio hurbila duela ikus daiteke. Horretarako, erizainaren lanaren oinarri diren funtzio eta aktibitate guztiak gordetzen dituen datu base bat erabiltzen da gaur egun, North American Nursing Diagnosis Association (NANDA, 1990) hain zuzen. Bertan erizaintzaren barruan sartzen diren diagnostiko guztiak egoteaz gain, diagnostiko horiek tratatzeko erizainak egin ditzakeen jarduerak gordetzen dira eta erizaintzaren garapenarekin batera, datu basea berritzen doa urteak pasa ahala. Adibidez, eskizofreniak dakartzan autonomia, autoestimua arazoak eta ondorio sozialak tratatzeko diagnostikoak agertzen dira, eta diagnostiko bakoitzaren aurrean egin daitezkeen aktibitateak. Nahiz eta taulakoak azpimarragarrienak izan, esan beharra dago NANDA-n dauden beste diagnostiko eta aktibitate asko sartu daitezkeela tratamendu psikosozialaren barruan.

#### 4. Taula: errehabilitazio psikosozialaren barne diren diagnostiko eta jarduerak.

Iturria: NANDA. Taula modifikatua

Domeinua	Diagnostikoa	Erizainaren jarduera	
<b>Osasunaren sustapena</b>	[00097] Denbora-pasako jardueren murrizketa	[4430] Jolas-terapia [4400] Musika-terapia	
	<b>Pertzepzioa eta kognizioa</b>	[00128] Ideien nahastea	[4720] Estimulazio kognitiboa [6440] Ideien maneia
[00051] Komunikazioaren narriadura		[4921] Entzute aktiboa	
<b>Autopertzepzioa</b>		[00119] Autoestimua baxua	[5400] Autoestimuen sustatzea [5270] Laguntza emozionala
	[00121] Identitate pertsonalaren narriadura	[1800] Norberaren zaintzarako laguntza [5450] Taldeko terapia	
	<b>Rol/harremanak</b>	[00052] Harreman sozialaren narriadura	[4362] Jarrera aldatzea: gaitasun soziala
			[5326] Eguneroko jardueren sustatzea
[4340] Asertibitatearen entrenamendua			
[5360] Denbora-pasako tailerra			

Aipatu diren diagnostiko hauekin errehabilitazioaren parte diren zenbait eremu lantzen dira. Osasunaren sustapena adibidez, tailerretan musika-terapia, kirolak edo eta jolasak eginez landu daiteke, denbora-pasako jarduerak diseinatu. Pertzepzioaren eta kognizioaren domeinuan aldiz, hizkuntzaren eta ideien nahastea landu dezake erizainak, estimulazio kognitiboa edo delirioak lantzen entzute aktiboarekin. Eskizofreniadun pertsonen autoestimu eta identitatearen narriadura tratatzeko, erizainak laguntza emozionala eskaini behar dio pazienteari, haren autonomia eta autopertzepzioa hobetzeko aktibitateak diseinatu. Azkenik, rol eta harremanen narriadura aipatu daitezke, non hari aurre egiteko, aktibitate okupazionalak eta denbora-pasakoak sartzen diren.

Hau guztia aipatuta, erizainak esku hartze anitz egin ditzakela ikusi daiteke NANDA-ren barruan tratamendu psikosozialerako zeinbait jarduera bait daude (Duarte, 2014).

#### **4.5.3. Errehabilitazio psikosoziala farmakologiatik haratago:**

Jakina da antipsikotikoek eragin handia dutela sintomen kontrolean, baina gaixoen proportzio handi batek sintoma erresidualak izaten jarraitzen ditu tratamendu farmakologiko egoki bat eduki arren. Hots, gaixoen %40-ak sintoma positibo moderatu edo larriak izaten jarraitu dezake. Gainera, farmakologiak soilik ez du lanbide arloan eta eremu sozialean hobekuntzarik ekartzerik erakutsi, beraz, lehen esan bezala, beharrezkotzat jotzen da pazientea gizarteratzeko esku hartze psikosozial bat (Muñoz, 2017). Honen barnean, hainbat esku-hartze mota sartzen dira subjektuaren autonomia eta integrazio maila hobetzeko asmoz: terapia kognitibo-konduktuala, psikoheziketa eta terapia okupazionala besteak beste.

#### **4.6. Terapia kognitibo-konduktuala:**

Terapia kognitibo konduktuala erabiltzen lehena Beck izan zen, 1952an. Bere interbentzioa, delirio erresidualak zituen paziente eskizofreniko batekin egin zen. Honek tratamendu farmakologikoa hartu arren, FBIak zelatatzen zuen susmoarekin jarraitzen zuen. Bere abordaia psikoterapeutikoa zortzi hilabetetan eginiko 30 sesiotan oinarritu zen eta emaitzak oso onuratsuak izan ziren (Beck, 1952). Amaierarako, gaixoak bere delirio haiek kuestionatzeko kapazitatea eskuratu zuen arrazionalismoa erabiliz.

Beck-ek berak, 1979an, Hole eta Rush-en kolaborazioarekin, delirioak zituzten beste zortzi paziente tratatu zituzten eta zortziak beren delirioak egia absolututzat jotzetik gaixotasunaren ondorio bezala planteatzera iritsi ziren (erreferentzia?). Orduz geroztik, hainbat ikerketa egin dira esku-hartze honi buruz emaitza ezberdinak

eskuratuz (Muñoz, 2017). Haietatik arrakastatsuenak Cols-ek eginikoak dira. 1998an adibidez, Tierre eta Cols-ek 87 paziente hiru taldetan banatu eta bakoitzari tratamendu ezberdin bat aplikatu zieten; lehenengoari, tratamendu farmakologikoa soilik, bigarrenari tratamendu farmakologikoa eta laguntza emozionaleko tailer batzuk eskaini zizkieten eta hirugarren taldeari, terapia kognitibo-konduktuala eta farmakologia. Azken honek sintoma positiboen murriztea lortu zuen eta haien sintomen erdiak hobetu ziren (Tierre, 1998).

Jarraian, terapia kognitibo-konduktualean oinarritzen diren hainbat terapia azalduko dira:

#### **4.6.1. Gaitasun sozialak eskuratzeko entrenamendua.**

Bertan pazienteak gaitasun interpertsonalak eskuratzen ditu, teknika sistematiko batzuk erabiliz. Bertan sartuko lirateke elkarrizketa bat hasteko eta sentimendu negatibo eta positiboak azaltzeko trebetasuna, edo ta konpromezu eta ezeztapen kontzeptuen lanketa (Muñoz, 2017). Entrenamendu honek onura nabarmenak ekartzen dituen ikerketa ezberdinak daude, berrienetako bat, 54 paziente psikotikori aplikatutakoa izan da, non psikoterapia eta elkarrizketa entrenamendua jasotako taldeak, talde kontrolak baino funtzionamendu hobea azaldu zuen, eta baita sintomen murriztea ere (Haram, 2019).

#### **4.6.2. Sintoma psikotiko iraunkorrei aurre egiteko entrenamendua.**

Lehenik eta behin, sintoma iraunkor hori aztertzen da, zerk produzitzen duen eta ze ondorio ekar ditzaken pazientearengan ikusiz. Ondoren, pazienteak aurre egiteko erabili dituek teknikak erreparatu eta haietatik onuragarriena dena hautatzen da. Estrategiak konduktualak (elkarrizketa bat hasi, paseo bat eman etab.), kognitiboak (buru hauste ariketak adibidez) edo ta sentsorialak izan daitezke (musika entzutea, abestea etab.).

Honetaz gain, etxerako ariketak bidali daitezke hurrengo saioetan zuzentzeko. Honela, pazienteak bakarrik eduki dituen zailtasunak eta hartutako konponbideak baloratu ahal bait dira.

#### **4.6.3. Delirioen tratamendua.**

Gaur egun, ikusi da delirioak norbanakoak gaixotasuna eduki aurretik zituen pentsamenduekin zuzenki erlazionatuta daudela, eta hauek aztertuz, gaixoaren egungo ardura eta kezak desestali daitezkeela. Beraz, garrantzizkoa da iraganean pazienteak izandako pentsamenduak aztertzea egungo delirioak ulertzeko.



Eldarnioen abordatze kognitiboa pazienteak bere errealitatea nola eraikitzen duen argitzeko erabilgarria da, izandako bizipenak nola eramaten dituen ikusteko. Lehenik, delirioaren agerraldi momentua aztertzen da, ze egoerak bultatzen duen eldarnioa izatera eta ze ondorio emozionalez baldintzatuta dagoen une horretan.

Behin subjektuaren pentsatzeko era azertu eta ulertuz gero, errealitatetik urrunen dauden delirioak, hau da, zentzu gutxien dutenak eta okerren sostengatzen direnak tratatzen hasten dira. Ez da aholkatzen pazientearekin zuzeneko konfrontazio batean sartzea. Kontu handiz eta zeharkako modu batean pazienteak bere delirio propioa kuestionatzera bideratu behar dela dio esperientziak. Horretarako, eldarnioari buruz hausnartzeko galderak egin ohi dira, pixkanaka delirioa ebidentziak utziaz eta pazienteari garatzeko behar duen denbora errespetatuz.

2012tik 2015era bitartean Korean eskizofrenia zuten 58 gazteren jarraipen bat egin zen. Bertan terapia kognitibo konduktualak, sintoma positiboak ahultzen laguntzeaz gain, haien funtzionamendu fisikoa hobetu zela ikusi zen (Kim, 2017).

#### **4.6.4. Aluzinazioen tratamendua.**

Terapia kognitibo-konduktuala entzumenezko aluzinazioetan zentratzen da gehienbat, hau da, irudimenezko ahotsetan, huraxek bait dira gaixoari arazo gehien sortzen dizkioten aluzinazioak.

Delirioetan bezala, aluzinazioekin ere azterketa zehatz bat egin behar da aldez aurretik, haien frekuentzia, intentsitatea, pazientearen erreakzioa etab. ikertzeko. Ondoren, entzuten dituen ahotsen eragileei buruz lortutako informazioarekin, pazienteari sintomak eragiten zaizkio (adibidez, ahotsak azaltzen diren egoera irudikatzen) gero, aluzinazioa indargabetzen duten teknikak erabili ahal izateko (musika entzutea, elkarrizketa bat hasi etab.). Beraz, tratamendu honen helburua, aluzinazioari aurre egiteko estrategiak erakustea da eta ahotsak pazientearen pentsamenduen produktu direla frogatzea (Muñoz, 2017).

#### **4.7. Psikoheziketa:**

Psikoheziketaren funtzio nagusia eskizofrenia duen pertsonari eta haren hurbileneko familiarrei gaixotasunari buruzko ezagutza ematea da. Horretarako, hainbat teknika pedagogikoren laguntzaz baliatzen da erizaina, nolabait ere, pazientearen osasun alfabetatze bat lortzeko. Bertan jorratzen diren gaien artean, eskizofreniaren alde klinikoak, tratamenduari buruzko ezagutza, familiaren rola, komunitatean gaixoak duen eragina etab. daude (Zapata, 2015).

Madriko Komunitate Autonomoa (CAM) eta OMEren arabera, psikoheziketa ezinbestekoa eta beharrezkoa da gaixoaren errehabilitazio oso bat burutzeko. CAM-en 2010-2014ko Osasun Mentalearen Estrategia Planaren hitzetan, osasun mentalean espezializatutako erizainaren papera garrantzi handikoa da psikoheziketa eraginkor bat emateko. Bestalde, esandako psikoheziketa hau, subjektuaren parte-hartze dinamiko baten bitartez egin behar da, bere ahalduntzea bultzatuz. OME-k esaten duenez, oso gomendagarria da esku hartze hau pazientearen heziketaren konpromezu eta erantzukizun maila garatzeko. Gainera, ahalduntze honek pazientearen arlo askotan eragin positiboak dakartzala ikusi da: bere ongi izate emozionalean, autonomia, motibazioan eta gaixotasunaren kontrolean adibidez (Enciso, 2018).

Bestalde, teknika pedagogiko honen eraginkortasuna frogatzen duten ikerketa asko egin dira azken urte hauetan. Hauetatik askok, psikoheziketa, sintoma positibo eta negatiboak kontrolatzeko onuragarria dela iragarri dute eta baita berrizkaturen gutxitze esanguratsu bat eragiten duela ere (Zapata, 2015). Adibidez, 2007an 135 pazienteri eginiko ikerketa batean, ohiko tratamendu farmakologikoaz gain psikoheziketa jasotzen zuen taldeak sintoma positibo eta negatiboen hobekuntza nabarmena izan zuela ikusi zen 12 hilabete ondoren (Aguglia, 2007). Horretaz gain, tratamendu farmakologikoaren jarraipenerako eta jarraipen ambulatarioarako lagungarria dela ikusi zen, Xia-k eginiko metanalisian (Xia, 2011). Bestalde, berrerortze eta ospitaleratzeen gutxitzea frogatu duten ikerlanak azaldu dira, adibidez, Bauml eta bere kideek eginiko lanean, non 7 urteko jarraipen bat egin zitzaizen ikerketako partaideei. Psikoheziketa jaso zuen taldearen % 54-a soilik berrerortze eta farmakoak soilik hartu zituzten taldean berriz, %88-a (Bauml, 2007). Beraz, argi dago estrategia honek onura anitz eskaini ditzakela gaixoaren errehabilitazio tratamenduan.

Esan beharra dago, zenbait ikertzaileen iritziz, teknika honen ondoren, pazienteak ideia depresibo eta etsigarriak aurkeztu ditzakela, muturreko kasuetan suizidiora iritsiz (Moore, 1999). Gainera, muga batzuk aurkitu dira metodo hau egoera psikotiko larrietan aplikatzerako unean (Smerud, 2008). Hortaz, pentsamenduaren trastorno larriarik ez duten pertsonetan, aluzinaziorik gabeko gaixoetan eta estabilitate emozional bat ziurtatzen duten kasuetan soilik erabiltzea gomendatzen da (Zapata, 2015). Beste alde batetik, kanpo baldintza asko daudela ikusi da psikoheziketa efektibo bat lortzeko bidean. Hainbat faktore daude, besteak beste, subjektuak duen laguntza soziala, familiarren aurre esperientziak eta haren jakintzak, osasun sistema motak, maila ekonomikoak etab. Hortaz, jakinaren gainean geratzen da alfabetatze metodo hau indibiduora moldatu beharra dagoela eraginkortasunez lan egiteko (Fonseca, 2010).

#### 4.8. Terapia okupazionala:

Eskizofrenia duen gaixoaren tratamenduaren parte izan daitekeen beste esku hartze bat terapia okupazionala da. Terapeuta Okupazionalen Munduko Federazioaren hitzetan, terapia mota hau okupazioaren bidez ongizate eta osasunaren hobekuntza bat bilatzean oinarritzen da, pertsonaren gaitasunak hobetuz, haiek nahi edo behar duten zereginetan erabili ditzaten (Díaz, 2018).

Terapia Okupazionalak subjektuaren zereginak hiru multzotan banantzen ditu: jokoan, bizitzako eguneroko ekintzetan eta lanean. Honela, pertsona batek egin ditzaken aktibitate guztiak zentzu zabal batean har ditzakegu. Jokoan, irudimenezko ekintzak sartzen dira, kirolak, jolasak, sormena lantzen duten aktibitateak etab. Bizitzako eguneroko ekintzetan, gure eguneroko mantenuko beharrezkoak ditugun ekintzak sartuko lirateke, higiene pertsonala, espazio fisikoaren erabilera, komunitateko baliabideen erabilera, eguneroko jardueren entrenamendua etab. Eta azkenik, lanean, jarduera produktiboak sartuko lirateke, ikasketak, entrenamendua, eta boluntarioria besteak beste.

Terapia Okupazionalaren garrantzia ulertzeko ezinbestekoa da bere onurak ezagutzea. Indibiduoarentzat aktibitate okupazionalaren abantaila naturalak aspaldidanik onartuak izan dira, sistema muskulu-eskeletikoa eta kardio-pulmonarra lantzeak energia eta bizitasuna eskaintzen bait ditu. Era berean, gaitasun kognitibo, sentsorial eta neurologikoak trebatzen laguntzen du. Gizakiak sortzeko, parte hartzeko eta baliagarri sentitzeko behar intrintseko bat dugu, biologikoki, psikologikoki eta sozialki azaltzen direnak. 2017an eginiko ikerketa batek 302 paziente bipolar edo eskizofreniko behatu zituen, haien antsietatea, eguneroko lanketak, trebetasun sozialak eta denbora libreko jarduerak baloratuz. Emaitzak, terapia okupazionalak eskizofreniadun pertsonen eguneroko jardueretan eta autonomian hobekuntzak ekarri zizkiela azaldu zuten. Bipolaritatea zutenek ordea, ez zuten hainbesteko aldaketa nabarmenik eduki (Díaz, 2018).

Eskizofrenia duten pazienteen kasuan, kontuan izan behar da nabarmenki galduak izaten dituztela eguneroko bizitzako gaitasunak (kasuen %80-ak) eta beraz, beharrezkoa dela Terapia Okupazionala haien errehabilitazioaren osagai gisa (Zapata, 2015).

## 5. EZTABAIDA

Gradu amaierako lan honen helburu nagusia eskizofreniaren gaur egungo egoera adierazi eta gaixoari eragiten dizkion ondorio edo zailtasun sozial eta pertsonalak azaltzea da, eta haiei aurre egiteko erizaintzak eskaini ditzaken errehabilitazio tresnak erakustea. Pertsonaren gizarteratze egoki eta gradual bat egiteko ideiarekin, urteetan zehar izandako isolamendu sozial hura saihesteko.

Emaitzen bilaketarako, bilaketa bibliografiko bat gauzatu da datu base zehatz batzuetan, hitz zabalak erabiliaz. Bertan, artikulua esanguratsuenak eta gaiari zuzenki lotutako dokumentuak soilik hautatu dira. Haien artean, aldizkari artikulua, liburuetako kapituluak eta gradu amaierako lanak aurkitu ditugu besteak beste.

Topatutako emaitzen arabera, mundu mailan gizartearen %25ak gaixotasun mentalen bat izan duela ikusi dugu bere bizitzan zehar, eta eskizofreniak konkretuki, gizartearen zati nabarmen bati eragiten diola, mundu osoko 21 milioi pertsonari hain zuzen (OMS, 2019). Espainiar estatuan, 10.000/0,8ak eskizofrenia azaltzen du (Ayuso, 2006), eta Nafarroan aldiz, 17 urtetik gorako pertsonen %0,52ak pairatzen du 2000. urteko datuen arabera (Mata, 2000). Intzidentzia tasa hauek, gastu ekonomiko handiak ekartzen dizkio gizarteari Espainiako eskizofreniaren kostu totalak 1,970 milioi ingurukoak izanik, haren ia %50a zaintza informalean inbertituz (Oliva-Moreno, 2006). Beraz, gizartean presente dagoen gai bat dela ikusten da eskizofrenia, estatuaren gastuen zati handi bat baldintzatuz. Bestalde, aurkitu diren intzidentzia eta gastu ekonomikoen datuak duela ia 20 urtekoak dira, eta beharrezkoa egiten da ikerketa berriren bat egitea, eskizofreniaren maiztasuna eta egoera sozial aktualak ikusteko.

Argi dago eskizofreniak, ikuspuntu aldaketa ugari sufritu dituela historian zehar gaur egungo pentsaerara iritsi arte. Honen ondorioz, gaixoek bazterrarazte handiak sufritu dituzte urteetan zehar (Robles, 2006). Gaur egun, eskizofreniaren tratamendu farmakologikoaz gain, errehabilitazio psikosozial baten beharra dagoela ikusi da, errekupeazio integral baten ardatz bihurturik (Taborda, 2016). Nafarroan ere aldaketa berriak ematen ari dira osasun mentalean, horren seinale dira joan den urtean San Frantzisko Javierren ireki berri diren zentruak.

Tratamendu farmakologikoak sintoma psikotikoak bakarrik kontrolatzen ditu (Bohorquez, 2014), baina ez gaixoaren autonomia eta isolamendu arazoak. Ez hori bakarrik, farmakologiak albo-ondorio ugari dituzte, bai funtzio motoreak kaltetuz eta baita asaldura endokrinologiko eta bihotzekoak eraginez (Sthal, 2008). Eskizofrenia duten pertsonak, sintoma positibo eta negatiboez gain, kognizio sozialean asaldurak azaltzen dituzte, haien komunikazioa (Sanchez, 2016) eta errealtatea ulertzeko

gaitasunak nahasiz eta era berean, autonomia eta autoestimu arazoak azalduz (Firth, 1996). Honek, indibidua gizartetik isolatzera bultzatzen du haien bizi kalitatea okertu eta osasun mentala estigmatizatuz. Ikerketa desberdinek frogatu duten bezala, errehabilitazio psikosozialaren laguntzarekin, farmakologiarekin bakarrik baino berrerortze gutxiago izan dituzte gaixoen (García, 2018). Beraz, errehabilitazio honen garrantzia ezinbestekoa da gaixoa gizarteratzeko, bizitza normal bat eramanez eta berrerortzeak ekiditeko. Honek aldi berean Osasun Publikoan krisi psikotikoengatik ospitalizatzen direnen kopurua murriztuko luke eta beraz eskizofreniarekin erlazionatutako kostuak gutxitu.

Horretarako, errehabilitazio honen abordaia, hainbat esku hartze ezberdinekin burutu daiteke, terapia kognitibo-konduktuala, psikoheziketa eta terapia okupazionalarekin besteak beste. Beti ere, erizaina eta disziplinarreko parte hartze baten laguntzaz. Terapia hauetan terapia kognitibo-konduktualak (Haram, 2019) eta terapia okupazioanalak (Lopez, 2014) gaixoaren funtzionamenduan onurak ekartzen dituztela ikusi da. Psikoheziketaren kasuan ordea, ez da edozein gaixoetan aplikatu daitekeen terapia bat, ideia depresibo eta suizidekin erlazionatu da kasu batzuetan (Moore, 1999). Hala ere, sintomen agerpenean (Aguglia, 2007), tratamenduaren jarraipenean (Xia, 2011) eta berrerortzeen gutxitzean (Baulm, 2007) hobekuntzak ekartzen dituela demostratu da. Beraz, erizainaren ikuspegitik esku hartze hauek ezinbestekoak direla esan genezake tratamenduaren garapenerako.

Guzti honengatik, lanaren zati garrantzitsuena interbentzio proposamen bati eskainita dago. Bertan, eskizofrenia dun pertsonen autoestimua, gaitasun sozialak eta haiei buruzko ezagutza landuko dira gehien bat, pertsonaren gizarteratze eta autonomia bultzatzeko helburuarekin. Psikoheziketa tailerra, terapia okupazionala eta terapia kognitibo-konduktuala landuko dira batik bat.

Lanaren alde eta kontrak baloratzeko DAFO matrizea erabiliko da. Bertan proiektuaren sendotasun, aukera, ahultasun eta mehatxuak aipatzen direnez lanaren erabateko balorazio bat burutzen da. Aukera eta mehatxuak proiektuaren kanpoko faktoreetan sartzen dira, sendotasun eta ahultasunak aldiz, barneko faktoreak betetzen dute (Olivera, 2011).

Lanaren sendotasun nagusia, hura burutzeko erabili diren informazio iturriak zientifikoki kontrastatuak daudela eta artikulu eta dokumentuak, bilaketa bibliografiko baten bidez eginak direla dira. Bilaketa sistematikoa izan da gai konkretu bati buruz bilaka ibili garelako, osasunari buruzko datu base zehatzak erabiliz eta behar adinako filtroez baliatuz. Beste alde batetik, egindako interbentzio proposamenari zuzenduz, erraztasunez aplikatu daitekeen sesioak direla esan dezakegu. Gastu ekonomiko handirik gabekoak eta saioak burutzeko beharrezko

material eta parte hartzea benetan eskuragarriak direlako, beraz, interbentzio errealista bat proposatzen da honako lan honetan.

Aukeren harira, errehabilitazio psikosoziala gaur egun nahiko gori dagoen gai bat denez, informazio askokok dokumentuak aurkitu dira lanari aniztasuna emanaz. Azken hamarkadan Nafarroan ikuspegi aldaketa handi bat egon da asoziazio berriak sortuz eta errehabilitazio zentruak ateraz (Avanvida enpresa eta San Frantzisko Jabierreko unitateak adb.) (Martín, 2017).

Bestalde, lanaren ahultasun bezala, bai estatu mailan eta bai Nafarroan, eskizofreniari buruzko informazio zehatz falta nabaritu da. Gaur egungo gai bat izanik, deigarria da eduki eskasi hau. Gainera, prebalentzia eta intzidentzia datuak nahiko zaharrak dira, hortaz, informazio estatistiko aktuala falta dela esan genezake. Interbentzio proposamenaren ahultasunen barnean, taldeko sesioen desabantailak agertzen zaizkigu. Taldeko parte hartzeak, paziente bakoitzaren eskaera indibidualak asetzeko zailtasunak ekar bait ditzake. Hori ekiditeko, saioetan jorratuko diren gaiak orokorrak eta ez diskriminatzaileak izaten saiatu naiz era homogeneo batean lantzeko.

Lehen mehatxu bezala, disziplina ezberdinetako parte hartzearen beharra izango litzateke, psikiatren, psikologoaren eta terapeuta okupazionalena besteak beste. Geroz eta jende gehiagoren konpromezuak, interbentzioaren aplikazioa zaildu dezake. Bigarren mehatxu nagusia, paziente batzuen autonomia galera izango litzateke, erizainaren eta gainontzeko profesionalen jarrera paternalistak, haien erabakian zeharkako eragina izan bait dezake (Aguilera, 2013).

Azkenik, estigma eta familia arteko terapiak lanean zehar ia aipatu ez diren arren, garrantzi handiko arloak direla esan genezake. Beraz, etorkizuneko errehabilitazio proiektuetan sartu daitezkeen edukiak dira. Bukatu nahi dut esanez, egindako interbentzio proposamen hau Iruñako epe luzeko unitate baterako diseinatua dagoela baina hemendik haratago eraman daitekeen proiektu bat dela emaitza positiboak jaso ezker. Errehabilitazio ospitaleetara edo osasun mentalaren ambulatortara hain zuzen, arreta komunitario positibo bat bultzatuz.

## 6. KONKLUSIOAK

- Gaixotasun mentalak eta konkretuki eskizofreniak, ikuspegi aldaketa asko sufritu historian zehar gaur egungo pentsaerara iritsi arte.
- Eskizofrenia, demografikoki eta ekonomikoki eragin nabarmena duen gaixotasun mentala da.
- Pazienteak gaixotasunak dakartzan sintoma positibo eta negatiboz gain, arazo sozial, kognitibo eta komunikatiboak azaltzen ditu autonomia galduz, bere bizi kalitatea okertuz eta gizartetik isolatuz.
- Jakinaren gainean geratzen da pazienteen errehabilitazioaren parte izan behar dela zaintza integral bat, eremu bio-psikosozial batetik tratatuz eta bere helburu nagusia pertsonaren ongizatea izanez.
- Errehabilitazio psikosozialaren hainbat esku hartze sortu dira azken hamarkadetan.
- Esku hartze horien helburuak erizaintzako jardueren parte dira, lan talde multidisziplinari baten laguntzaz.

## 7. INTERBENTZIO PROPOSAMENA

### 7.1. Sarrera

Lehen esan bezala, eskizofrenia pertsonaren eremu askotan eragiten duen gaixotasuna da. Nahiz eta eskizofreniadun pertsona batzuk gizarteratze egoki bat izan, gehiengo handi bat komunitatetik baztertuak izan direla esan dezakegu, ospitalizazio askorekin eta helburu errehabilitatzaile desegokiekin. Beraz, garrantzi handikoa da abordaia bio-psiko-sozial bat, pazienteari arreta integral bat eskaintzeko, eta medikazioak tratatu ezin ditzaken arazoei aurre egiteko. Era honetara, pazienteak edukitzen dituen eguneroko arazoak hobeto ulertuko ditu, eta aldi berean, bere burua hobeto ezagutu eta bere inguruko errealitatearekin lotzeko aukera izango du.

Honako errehabilitazio proiektuak, paziente bakoitzaren beharretara egokituak izaten dira, bakoitzaren kanpoko egoera aztertu eta horren arabera jokatzuz. Emaitza eraginkorrak lortzeko, gaixotasunaren une larrietatik, (ospitaleratze larrialditik) modu malgu eta gradual batean tratatzen hastea da egokiena, diziplinarteko interbentzio baten laguntzaz. Hau da, mediku, psikologo, gizarte-langile etab.-arren talde lanarekin batera. Azken finean, sektore ezberdinetako profesionalen elkar lanean soilik eskaintzen bait da esandako arreta integral hura. Horregatik eskaintzen dut honako interbentzio proposamen hau, Nafarroan San Frantzisko Jabierren duela gutxi ireki diren zentru berrietan edo eta edozein errehabilitazio unitatetan aplikatu ahalko litzatekeen proiektu hau, eskizofreniadun pazienteen gizarteratze eta errehabilitazio efiziente bat eskaintzeko helburuarekin.

Gaur egun, interbentzio programak, hiru modalitate ezberdinetan banatzen dira gehien bat; interbentzio indibidualetan, interbentzio familiarretan eta taldeko interbentzioetan.

#### **7.1.1. Interbentzio indibiduala:**

Esku hartze hau, pazienteari bere eguneroko ekintzetarako laguntza eskaintzeaz eta gaixotasunari buruzko ezagutza sustatzeaz datza gehien bat. Alde batetik, konfiantza maila altua eskatzen duen esku hartze bat dela esan dezakegu, beraz, ezinbestekoa da gaixoa ondo ezagutzea. Bere izaera eta gaixotasuna aztertu, eta dauzkan gaitasun eta beldurrak ondo definituak izan behar dira lehenik eta behin. Beste alde batetik, interbentzio indibidualek sesioak pazienteari erabat moldatuak izatea permititzen dute, bere behar pertsonalak konkretuki tratatuz.

#### **7.1.2. Interbentzio familiarra**



Duela hamarkada batzuk psikiatriak pairatu zuen desinstituzionalizazioarekin batera, paziente psikiatrikoak gizarteratu eta era berean haien familietara integratua izan zen. Honek, paziente askoren bizi kalitatea nabarmenki hobetu zuen haien estigma gutxituz eta eremu familiarrean barneratuz. Baina beste kasu batzuetan, familiako kideen ezjakintasunak, familiaren barneko integrazio arazoak sortzera bultzatu zuen, haien sufrimendua eta desegitura familiarra areagotuz. Jakinaren gainean dago hortaz, eskizofrenia duten pertsonekin tratatzeko gaixotasunari buruzko jakintza bat izatea onuragarria dela eta familiarteko harremanak sustatzeko alfabetatze bat behar dela. Helburu horrekin sortu ziren familia eta pazienteen arteko interbentzio familiarrak. Tailer hauen xedea, nukleo familiarra sustatzea, bi norantzako harremanak sortzea eta berrerortzeak gutxitzea da besteak beste.

### **7.1.3. Taldeko interbentzioa**

Taldean egindako interbentzioak eraginkorragoak direla ikusi da errehabilitazioaren helburu nagusia funtzionamendu okupazionala eta soziala hobetzea direnean. Taldeko parte hartzaileek gainontzekoen jarrera behatuta, harreman ezberdinak izaten ikasten dute, beraz, interbentzio mota egokiena izango litzake harreman interpertsonalak lortzeko premia badago, eta baita isolamendu soziala sufritzen duten pertsonetan ere. Honelako esku-hartzeetan, erizainaren papera erabat garrantzizkoa da, berea baita tailerraren erritmoa eta norabidea eramaten duena. Erabiltzen diren teknika ohikoenak, giza harremanak hobetzeko tailerrak, aktibitate okupazionalak eta psikoheziketa tailerrak dira.

Beste alde batetik, azken urteetan pazienteek esku hartze mota honi buruzko zer iritzi duten jakiteko interesa sortu da. Orain arte, zenbait ikerketetan ikusi da pazientearen autonomia, integratze komunitarioa eta tratamenduarekiko lotura hobetzen dutela taldeko interbentzioek, baina ez da aintzat hartu tailer hauei buruz pazienteak berak duen iritzia eta errehabilitazioan zehar izan duen esperientzia pertsonal eta subjektiboa (Franc, 2005).

Pazientearen ikuspegiaren balorazioaren harira, 2014ko urtarriletik uztaile bitarte Kanariar Irletan eginiko ikerketa bat aipatu dezakegu. Behaketa ikerketa hau Bañaderos-ko (Gran Canaria) osasun mentalean espezializatutako profesional batzuek burua da. Barneratze irizpideei dela eta, 18 urte baino gehiagoko 15 paziente eskizofreniko hautatu zituzten, eta gutxienez sei hilabetez, talde-terapia batean parte hartu izana eskatu zuten. Behin behaketa eginik, parte hartzaileen iritzia jaso zuten balorazio taula batzuetan laburbilduz. Ikerketaren helburua pazientearen, profesionalen eta familiarren terapiarekiko asebetetze maila baloratzea izan zen eta honako emaitza hauek jaso zituzten:

**5.Taula: pazienteek, familiarrek eta profesionalak izandako iritzia.** Iturria: Martin, 2017

	<b>Pacientes</b>	<b>Familiares</b>	<b>Profesional</b>
<b>Habilidades sociales</b>	1,7	1,7	1,3
<b>Alimentación</b>	2,3	2,5	1,9
<b>Sueño</b>	2,1	2,4	2,1
<b>Tóxicos</b>	2,4	2,8	3 (0)
<b>Ejercicio físico</b>	1,9	2,4	1,8
<b>Relajación</b>	1,9	1,94	1,7
<b>Autonomía manejo medicación</b>	1,9	2	1,7
<b>Relación terapéutica</b>	1,1	1,4	1
<b>Autoestima</b>	1,7	1,9	1,5
<b>MEDIA</b>	<b>1,88</b>	<b>2,10</b>	<b>1,78</b>

\* Se muestra la media 1: Mucho mejor; 2: algo mejor; 3: sin cambios; 4: algo peor; 5: mucho peor.

Pazienteen batzaz besteko satisfakzio mailari dagokionez, 1,88koa izan zen eta profesionalena 1,78koa. Familiarren kasuan, satisfakzio baxuagoa lortu zutela ikusi zen, 2,10eko zifrarekin. Honek azaldu zuen pazienteen eta profesionalen esperientzia subjektiboa oso positiboa izan zela eta aldi berean, familiarrek iritzi eskasago bat izan zutela gainontzekoekin alderatuz (Martín, 2017).

Nahiz eta behaketa honen lagina txikia izan, lortutako emaitzak lehenik eginiko azterketen emaitzekin bat egiten dutela ikusi da. Besteak beste, Bilbon 2000. urtean eginiko behaketa batekin (Aldama, 2000).

## 7.2. Itu taldea

Interbentzio proposamen honetako parte hartzaileak San Frantzisko Jabierreko Egonaldi Luzeko Zentruko pazienteak izango dira. 18 urtetik 50 urte bitarteko pazienteei zuzendua izango da, haien sexua kontuan izan gabe. Adin tarte zabaleko kideak aukeratu dira ikuspuntu ezberdinak emango dizkigun partaidetza bat lortzeko helburuarekin. Oztopo bat izan ordez, esperientzia ezberdinak alderatzeko aukera bat bezala ulertu daiteke. Ezinbestekoa da partaideek irakurtzeko eta idazteko gaitasunak izatea tailerretan parte hartzeko eta baita ulermen arazo larririk ez izatea ere. Horretaz gain, maila kognitibo berdintsuko kideak hautatuko dira, parte hartzerako momentuan ezberdintasun nabarmenak egon ez daitezen.

Azkenik, eskizofrenia besterik ez duten pazienteei bideratuta egongo da interbentzioa, gainontzeko gaixotasun mentalik duten pazienteak (bipolaritatea, depresioa...) interbentziotik baztertuak izango dira.

### 7.3. Interbentzioaren helburu orokorra

Proposatuko den interbentzio honen helburu nagusiak, pazientearen errehabilitazio orokor batera bideratuta daude gehien bat. Honako hauek izango dira garrantzizkoenak:

- Pazienteak eskizofreniari buruz duen ezagutza maila baloratu eta hari buruzko informazioa eskaini gaixotasuna eta haren ondorioak hobeto ulertzeko.
- Pazientearen funtzionaltasun maila handiena lortu haren autonomia eta autoestimua sustatzeko.
- Pazienteak eskizofreniarengatik galdutako gaitasun sozialak errekueratzea edota dauzkan haiek mantentzea.
- Pazientea gizarteratzea. Komunitatearen eta indibiduoaren arteko elkar eragina sustatzen, pertsona gizartearen subjektu produktibo bat bezala kontuan hartuz.

### 7.4. Justifikazio pertsonala:

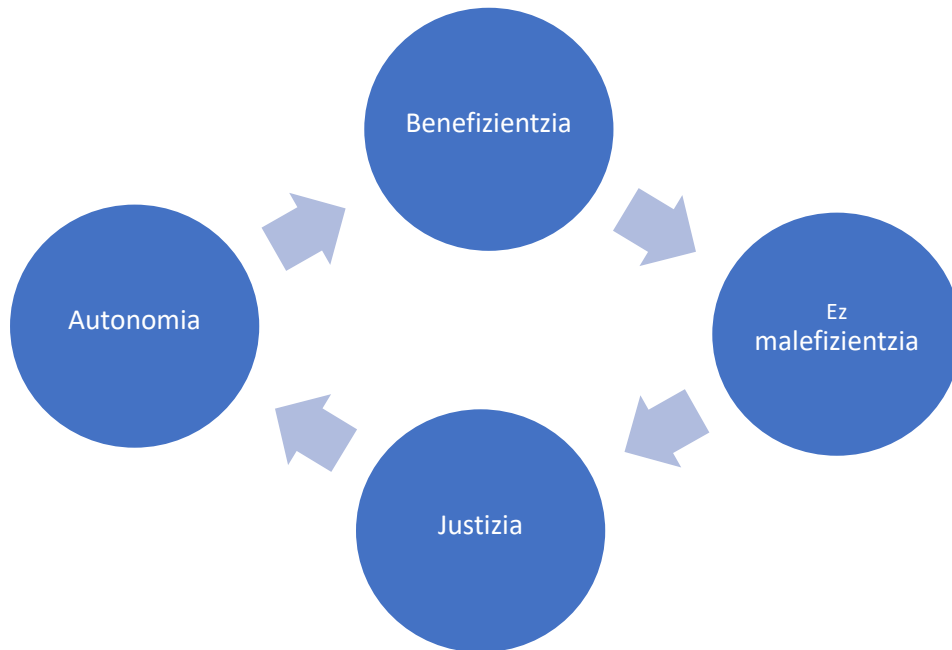
Gai honen aukeraketa, osasun mentaleko praktketan egon nintzenean erabaki nuen. Praktikak Errotxapeako epe luzeko unitatean egin nituen eta nire esperientzia oso ona izan zen, gehien bat, eskizofrenia duten pazienteekin harremandu nintzen, gaixotasunari buruzko interesa sortuz. Bertan ikusi nuen, errehabilitazio sozialak eta autonomia berreskuratzeak duen garrantzia psikiatriatik haratago doala, eta ezinbestekoa dela haien bizi kalitatea hobetzeko.

### 7.5. Arazoaren analisia

Sintomatologia anitzeko gaixotasun honek, pertsonaren pentsaera, pertzepzioa eta komunikazioa eraldatu ditzake eta beraz, gizarteratzeko zailtasunak ekarri. Interbentzio honetan landuko diren aspektuak, eskizofreniak dakarren arazoetatik nagusietatik eratorriak izango dira.

## 7.6. Justifikazio etikoa:

OMEko informeak aipatzen duen bezala, osasun mentaleko edozein interbentzioren aurrean, pertsonaren giza eskubideak errespetatzeaz arduratu behar da erizaina. Lan honen helburu nagusia paziente eskizofrenikoen ongizatea hobetzea bada, lehenik, haien oinarrizko eskubide etikoak kontuan hartu beharko lirateke (Aguilera Serrano, 2013). Interbentzio hau erizaintzaren ondorengo lau printzipio nagusi hauetan oinarrituta egongo da gizakiaren duintasuna mantentzeko helburuarekin:



Benefizientzia printzipioa pazientearen ongizatea bilatzean datza. Honako proiektuaren helburu nagusia eskizofrenia duten pertsonen integrazioa eta errehabilitazio psikosozial efiziente bat lortzea dela jakinik, beraien bizi kalitatea hobetzera iritsi nahi dela esan genezake eta hortaz, haien ongi izatea bilatzen dela.

Ez-malefizientzia printzipioa berriz, gaizkia ez egitean datza, hau da, kalte fisiko, psikologiko, sozial edo moralak saihestea. Proiektuaren helburuak, partehartzaileen zuzendutako kalte zuzenik egiten, beren integrazio eta duintasun maila errespetatzen bait da une oro.

Justizia printzipioan sartzan dira berdintasuna eta ekitatea. Interbentzioan parte hartuko duten guztiek tratu berdina izango dute sexu, adin, arraza edo maila sozioekonomiko ezberdinetakoak izan arren. Bestalde, behar gehien duten pazienteei arreta berezi bat emango zaie taldea ekitatiboki tratatzeko. Gainera, egingo diren ekintzak eta erabiliko diren materialak era arrazional batean ordenatu dira diskriminazio egoerarik gertatu ez dadin.

Azkenik, autonomia printzipioa dugu, pazienteak bere gaixotasunari buruzko informazioa jasotzean eta hari oinarritutako erabakitzeko eskubideaz arduratzen da printzipio hau. Egingo zaien interbentzioaz eta haren ondorioei buruzko informazio osoa eskainiz pazienteak aukeratzeko eskubidea izango du (Guillart, 2015). Gure kasuan, egoera zailago baten aurrean aurkitu gaitzke, paziente asko ingresatzera derrigortuta bait daude beraz, autonomia eskubidea bortxatuta aurkitu dezakegu. Copp-ek esan bezala (1986) "pazienteak beren burua errepresentatzeko gaitasuna galtzen dutenean, beraien desira, balore eta erabakiak besteen ardura bihurtzen dira". Hala ere, gaixo mentalen ahultasun honen aurrean, osasun mentaleko erizainak berebiziko lan bat egin behar du haren autonomia ahal bezain beste mantentzeko (Aguilera Serrano, 2013). Horretarako, interbentzioa burutu baino lehen, informatutako baimen orria (1. eranskina) emango zaie, dokumentuarekin ados egotearen kasuan, sinatu ahal izateko. Bestalde, gaixo mentalen kasuan nahiko ohikoa da, erizainak jarrera paternalista bat hartzea pazientearen autonomia oztopatuz eta bere errekupeazio bidean parte hartzaile bat izaten. Beraz, erizain eta pazientearen arteko harremana hertsapenik gabe izan behar du, pertsonaren autonomia osoa errespetatuz (Aguilera, 2013).

Ikuspuntu etiko eta bioetiko hauen aplikazioak zaintza kalitate hobeko bat emateaz gain, egindako ekintzen ekitate, efikazia eta efizientzia maila altuago bat lortu genezake. Printzipio guztiak baterako modu batean ezarri behar dira erizaintzaren zerbitzu onuragarri bat eman nahi bada.

## 7.7. Metodologia

Proposatutako helburuak lortzeko modurik baliagarriena taldeko esku hartze bat egitea izango litzake, lehen esan bezala, pazienteari onura ezberdin asko ekartzen bait dizkio taldekako metodologiak. Taldea 8 pertsonakoa izango da eta interbentzioa, Iruñean kokatutako Egonaldi Luzeko Unitatean (ELU) aplikatuko da. Unitate hau 2018an ireki berri den zentro bat da, ate irekiko egoitza da, beraz, pazienteak nahi eran sartu eta ateratzeko aukera du bertatik. ELU-k gimnasio bat, sukalde bat, bi bilera gela eta egon gela handi bat dauzka era guztietako tailerrak egiteko eta bertan burutuko dira diseinatutako sesioak ere. Unitatearen helburu nagusiak, pazientearen gizarteratzea eta errehabilitazioa dira eta horretarako, zeinbait aktibitate ezberdin egiten dira goiz eta arratsaldean.

Interbentzioaren garapena 8 sesiotan banatuko da eta sesio guztiek iraupen berdina izango dute azkenek ezik, ordu batekoa. Iraupen hau, pazienteentzako astunegiak izan ez daitezke erabaki da. Azken tailerra bi ordukoa izango da, denbora gehiagoren beharra dagoelako. Goizetan emango dira saioak. Tailer guztietan, pazienteek gain, erizainaren partaidetza egongo da, bera izango da sesion gidari eta ebaluatzaile. Sesio

guztien azken 5 minutuetan pazienteek tailerrean izandako sentimendu eta arazoak azalduko dituzte era subjektibo batean, honen balorazio txiki bat eginez.

Tailerrak bidirekzionalak izango dira, hau da, partaideen eta dinamizatzailearen (erizaina kasu honetan) arteko elkar lana egingo da. Saio bakoitzak helburu ezberdin bat izango du, baina guztietan taldeko teknika eta ariketa dinamikoak erabiliko dira gaiak jorrazteko. Beste alde batetik, esku hartzean erabiliko den hizkuntza pazienteen maila kognitibora egokituta egongo da.

Sesioen edukiari buruz, jardueretan jorratuko diren NANDA diagnostikoak komunikazio narriadura, autoestimu baxua, harreman sozialen narriadura, ezagutza falta eta ideia eta kapazitate kognitiboen nahastea landuko dira. Horretarako, psikoheziketa, terapia kognitibo-konduktuala eta terapia okupazionala aplikatuz.

Egonaldi Luzeko Unitatea Nafarroako Osasun Publikoaren barne denez, Osasunbidetik finantziatuko dira tailerrak. Kostu gutxiko interbentzioa izango da honako hau, ez da material garestirik behar eta parte hartuko duten profesionalak unitateko langileak izango dira. Tailerrak egiteko lekua ELU-n bertan denez, ez da inolako gasturik eskatzen interbentzio gelak lortzeko.

## 7.8. Interbentzioaren garapena

### 7.8.1. Kronograma:

Esku hartzea 2019ko iraila eta urria bitarte burutuko da, hilabete hauetako astearte guztietan emango dira tailerrak. Goizetan egingo dira, 10:15etatik 11:15etara ain zuzen. Jarraian tailer bakoitzaren egutegia erakutsiko da:

2019ko iraila						
AT	AA	AZK	OSTG	ORL	LB	IG
						1
2	3 Taldearen aurkezpena eta eskizofrenia	4	5	6	7	8
9	10 Tratamendu farmakologikoa	11	12	13	14	15
16	17 Ezetz esateko gaitasuna	18	19	20	21	22
23	24	25	26	27	28	29

	Hizketaz kanpoko komunikazioa					
<b>30</b>						

2019ko urria						
	<b>1</b> Zentrora txangoa	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>
<b>7</b>	<b>8</b> Erlaxazio tailerra	<b>9</b>	<b>10</b>	<b>11</b>	<b>12</b>	<b>13</b>
<b>14</b>	<b>15</b> Autoestimua lantzen	<b>16</b>	<b>17</b>	<b>18</b>	<b>19</b>	<b>20</b>
<b>21</b>	<b>22</b> Sukaldaritza tailerra: hamaiketakoa	<b>23</b>	<b>24</b>	<b>25</b>	<b>26</b>	<b>27</b>
<b>28</b>	<b>29</b>	<b>30</b>	<b>31</b>			

### 7.8.2. 1 SAIOA: TALDEAREN AURKEZPENA ETA ESKIZOFRENIA

Lekua: unitateko gimnasioan.

Materiala: musika-erreproduzitzaila bat eta zortzi 8 aulki.

Helburua: taldekideak elkar ezagutu, ingresatuta dauden pazienteen arteko harremana bultzatu eta eskizofreniari buruz zenbateko jakintza duten baloratzea.

Saioa:

- **Aurkezpena (15min)**: Erizainaren aurkezpena eta egitear dauden saioen azalpen bat, ondoren informatutako baimen orria emango zaie firmatu ahal izateko (1.eranskina).
- **Aulkien jolasa (15min)**: 8 aulkiak zirkulu bat osatuz kokatuko dira erdirantz begira. Partaideek musika dagoen bitartean zirkulu barruan bueltaka egongo dira, musika geratzean aulki batean eseri eta alboan tokatu zaizkion kideei galdera bat egingo die (adina, izena, jaioterria...). Honela behin eta berriz.
- **Eskizofrenia (10min)**: (2.eraskina) Eskizofreniari buruzko galdeketa laburra betetzeko denbora.
- **Idea-jasa (15min)**: denak aulkietan elkarri begira eserita, erizainak eskizofrenia zer den, ze sintoma dituen eta ze tratamendu duen galdetuko du. Bakoitzak gaiari buruz dakitena eta orrian ipinitakoa azalduko dute. Erizaina entzule hutsa izango da.

### 7.8.3. 2 SAIOA: TRATAMENDU FARMAKOLOGIKOA

Lekua: unitateko batzar-gelan

Materiala: medikamentuen fitxa (3. eranskina) eta 8 boligrafo.

Bestelako parte-hartzailea: unitateko psikiatra

Helburua: partaide bakoitzak hartzen duen medikazioari buruzko informazioa eskaini eta haientzat egunero farmakoak hartzeak duen esanahia eta barne sentimenduak lantzea.

Saioa:

- **Taula bete (15min)**: “3. eranskina” banatu eta taula bete dezatela bakoitzak hartzen duen medikazioarekin.
  
- **Galderak argitu (15min)**: Bete gabe geratu diren zatiak guztiekin partekatu eta denen artean psikiatrarekin argitu.
  
- **Hausnarketa (25min)**: “3. Eranskina-ren” bigarren zatia bete. Galderak erantzun eta elkarbanatu. Hausnarketa moduan.

### 7.8.4. 3.SAIOA: EZETZ ESATEKO GAITASUNA

Lekua: unitateko batzar-gela

Helburua: gaitasun sozialetan garrantzitsuenetako bat ukapen gaitasuna da. Beraz, norberak duen ezetz esateko eskubidea barneratu eta azpimarratuko da, eta asertibitatez uko egiteko teknika berriak ikasiko dira haien egunerokoan aplikatu ahal izateko.

Saioa:

- **Sarrera (30min)**: denen artean ezetz esateko eskubideaz hitz egin eta horri buruz hausnartzera bultzatu. Honako galdera hauekin:
  - Ezetz esatea kostatzen zaigu?
  - Nahi ez dugun zerbait egin ahal dugu noizbait? Noiz?
  - Zer da metodo asertiboa? Nola aplikatu genezake?Asertibitatea definitu eta ezetz esaten dugun egoera ezberdinak komentatu.
  
- **Roll playing (25min)**: partaideak bikoteka jarri eta 5 minutu izango dituzte ezetz esaten dugun egoera bat aukeratzeko. Ondoren, denen aurrean errepresentatu eta guztien artean komentatuko da ea era asertibo egokian egin duten. Zer edo zer zuzentzeko bada, partaideei esanez.



#### 7.8.5. 4.SAIOA: HIZKETAZ KANPOKO KOMUNIKAZIOA

Lekua: unitateko batzar-gela

Helburua: hizketaz kanpoko komunikazioa ulertu eta haren garrantzia azpimarratu gainontzeko jendearekin komunikatzeko unean. Gainera, hizketaz kanpoko komunikazio ezberdinak bereizteko gaitasuna lortuko dute.

Materiala: ordenagailua, pantaila eta bozgorailua.

Saioa:

- **Phillips 66 (15min)**: Lau pertsonako bi taldetan banatuko dira, haien artean hiketaz kanpoko komunikazioa eta ahozko komunikazioa definitu eta bereiztuko dituzte. Ondaren taldeko denen artean partekatuko dira iritziak kontzeptuak argi izan arte.
- **Bideoak eta eztabaida (25min)**: 5 bideo ezberdin jarriko ditugu, minutu batekoak gutxi gora behera, baina ahotsik gabe egongo dira. Bideo bakoitzean agertzen diren pertsonaien emozioak (haserrea, poza, tristura, ligatzea, aspergarritasuna) asmatu beharko dituzte egiten dituzte keinu eta jestuekin. Bideo bakoitzaren ostean, pertsonaiak egindako keinuak aztertuko dira eta sentimenduekin erlazionatu.

#### 7.8.6. 5.SAIOA: ZENTRORA TXANGOIA

Lekua: Iruña

Helburua: garraio publiko eta komertzio ezberdinekin kontaktuan jartzea. Haien erabilera ikasi eta normalizatzeko, bizitzan zehar behar izango dituzten komertzio eta dendekin harreman arrunt bat izateko eta baita autonomia eskuratzeko ere.

Materiala: 4 eranskin (5.eranskina) eta 4 boligrafo.

Saioa:

- **Autobus publikoa hartu (15min)**: Zentrora joateko ze autobus zenbaki hartu behar dugun erabaki eta gertueneko autobus gelditokira joango gara.
- **Komertzioen jolasa (35min)**: Parte hartzaileak bikoteka jarriko dira eta bikote bakoitzari orri bat emango zaio (5. eranskina). Bertan gauza ezberdinen zerrenda bat egongo da. Gauza bakoitza, zentroan dagoen komertzio batean aurkitu dezakegun zerbait izango da, adibidez: zigilu bat (estankoan), ogi barra bat (okindegian), dirua atera nahi dut (kutxazain automatikoa edo bankua bat) etab. Bikoteak behar den komertzio hura bilatu eta haren izena jarriko du paperrean. Ez dute dendara sartu beharrik izango, dendaren izena

hartzearekin nahikoa izango da. Epe murriztu batean komertzio gehien bilatzen dituen bikotea irabazle izango da.

- **Unitatera buelta (10min):** Berriz autobusa hartu eta unitatera bueltatuko gara.

#### 7.8.7. 6.SAIOA: ERLAXAZIO TAILERRA

Lekua: unitateko gimnasioa

Helburua: antsietate momentuetarako baliagarria. Pazienteak erlaxazio ariketak ezagutu eta bere eguneroko bizitzan praktikan jartzeko kapaz izatea, haren abantailak ezagutzuz.

Materiala: 8 esterilla eta musika-erreproduktorea.

Partaidetza: terapeuta okupazionala

Saioa:

- **Sarrera (10min):** Erlaxatzeko teknikarik ezagutzen duten eta erabiltzen ahal duten galdetu denak zirkulu batean ipiniaz. Gaiari buruz elkarrizketa bat eduki eta erlaxatzearen garrantzia azpimarratu.
- **Erlaxazio ariketak (45min):** Terapeuta okupazionalak prestaturiko ariketak egingo dira; arnas ariketak, luzaketak eta burua zuriz uzteko ariketak egingo dira besteak beste. Erizainak tailerrean parte hartuko du parte hartzaileekin ariketak egiten. Terapeuta sesioaren gidatzailea izango da. Saio osoan zehar musika lasaia egongo da jarrita. Erizainak saioko beste parte hartzaile bat izango balitz bezala jokatuko du.

#### 7.8.8. 7.SAIOA: AUTOESTIMUA LANTZEN

Lekua: unitateko batzar-gela

Helburua: autoestimua eguneroko bizitzan duen garrantzia azaldu eta bakoitzak bere esperientziak partekatu. Eskizofrenia duten gaixoen ezaugarri bereizgarri batenez autopertzepzio baxu bat izatea, norbera bere buruarekiko gauza positiboak ikusten saiatuko da, denok gaitasunen bat dugula ulertzea bultzatu eta ondokoari dituen ezaugarri onak esateak ematen duen poztasuna ikusarazi.

Materiala: artile-harila, kartulinazko loreak (4.eranskina), 8 boligrafo.

Saioa:

- **Sarrera (10min):** Denon artean autoestimua definitu eta haren garrantziaz hitz egin. Zenbaterainoko autoestimua duten galdetu.

- **Harizko izarra (20min):** Pazienteak mahai inguruan jarriko dira. Lehenengoak artile-harila hartu eta hariaren muturretik helduko du, berari buruzko gauza positibo bat esan beharko dugu (gaitasuna, fisikoa, pertsonala...) eta ondoren nahi duenari emango dio artile-harila baina hariaren muturra berak mantenduz. Honela, norberari buruzko gaitasunak esaten eta ariaren muturrak eusten joango dira, partaideen artean izar moduko bat sortuz. Autoestimua izarra ain zuzen. Paziente bakoitzak hiru gauza positibo esan arte ez gara geldituko.
- **Gaitasunen lorea (25min):** Orain, norberarena esan beharrean gainontzeko taldekideen gaitasunak idatzi beharko dira. Kide bakoitzari kartulinazko lore bat emango zaio zortzi petalorekin (4.eranskina), lorearen erdian norberaren izena jarri eta taldekideei pasatzen joan dira haien lorea. Taldekide bakoitzak lorearen petalo bakoitzean pazienteari buruzko gauza positibo bat jarri arte.

#### 7.8.9. 8.SAIOA: SUKALDARITZA TAILERRA (AGURTZEKO HAMAIKETAKOA)

Lekua: unitateko sukaldea

Helburua: janaria prestatzea bezalako eguneroko ekintza bat praktikatzea, haien eguneroko bizitzan ohiko izango den aktibitate bat normalizatu eta egiteko kapaz direla ikusi dezaten. Bestalde, jasoketa eta garbiketa sustatuko dira eta talde lanean parte hartzeko mezua emango zaie denon kolaborazioa eskatuz. Azkenik, harreman sozialak eta talde lana sustatzea izango du helburu.

Materiala: sukalde-gela eta bertako tresna guztiak (platerak ,edalontziak, zartaginak, laban eta sardeskak... ), osagaien zerrendarako blok eta boligrafo bat.

Saioa:

- **Erosketak egitera (30min):** Hamaiketakoa prestatzeko behar izango dituzten osagaien zerrenda bat egin eta unitatearen ondoan dagoen supermerkatua joango gara. Supermerkatuan bertan bi taldetan osagai guztiak erosiko dira. Egin daitezkeen janarien ideak: Tortila patata, txistorra, laranja zukua, arraultza-gogortua atunarekin, tomate entsalada etab.
- **Prestaketa (45min):** Bertan, lan banaketa burutu beharko dute denak ados jarriaz. Batzuk janaria prestatu, besteak, mahaia jarri eta besteak batzuk erabilitako ontziak garbitu beharko dituzte. Behin lanak banatuta hamaiketako prestatuko dute. Erizaina laguntzaile bezala egongo da.
- **Hamaiketako (35min):** Prestatutakoa jateko eta denon artean hitz egiteko denbora emango zaie, azken tailerra denez giro eroso bat mantentzen saiatuko gara.

- **Jasoketa eta garbiketa (10min):** Bukatutakoan denon artean, jaso eta mahaia eta ontziak garbituko dira, sukalde lehen bezala utziz.

### 7.9. Emaitzen ebaluazioa:

Proiektuaren ebaluazioa parte hartzaileek egingo dute azken saioaren amaieran. Galdeketa labur bat (5.eranskina) emango zaie haien esperientzia pertsonala eta iritziak ezagutzeko asmoz. Bertan, interbentzio osoaren estruktura eta garapenari buruzko galdera ezberdinak bilduko dira eta azkenik, aldaketarik egingo ahal zuten galdetuko zaie. Honetaz gain, saio guztietan zehar ebaluazio jarraitu bat egingo da erizainaren partetik, pazienteek duten jarrera eta erreakzioak aintzat hartuz eta saio guztien azken 5 minutuetan tailer hori konkretuki zer moduzkoa iruditu zaien galdetuko zaie.

Galdeketa jasotako iritziak eta erizainak tailerretan izan duen esperientzia etorkizunean egingo diren proiektuetan kontuan hartzeko baliagarriak izango dira, hobekuntzarik egin beharko balitz jakinaren gainean izateko.

## 8. Eskerrak

Aldez aurretik, eskerrak eman nahi dizkiot nire zuzendari izan den Saioa Goñiri bere tratu atseginagatik eta lan hau burutzen laguntzeagatik, bere arreta eta babesa ezinbestekoak izan bait dira lanean zehar. Bestalde, familia eta lagun guztiak aipatu nahi ditut eskainitako laguntzagatik eta uneoro euskarri bezala jokatzegatik, eskertzekoa izaten da haien laguntza honelako momentuetan. Azkenik, eskerrik asko momentu puntualetan lagundu didaten guztiei, bai zalantza zehatzekin eta baita zeharkako eran ere.

## 9. Bibliografía

1. Aguglia E., Pascolo E, Bertossi F, Bassi M. (2007). Psychoeducational intervention and prevention of relapse among schizophrenic disorders in the Italian community psychiatric network. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*. 3(7).
2. Aguilera, C. H. (2013). Enfermeros/as de salud mental. Trabajando por y para la garantía de los derechos de nuestros usuarios. *Biblioteca las casas*, 9(3).
3. Aldama, C. B. (2000). Experiencia grupal con esquizofrénicos en un centro de salud mental. *Goze*, 40-50.
4. Ayuso Mateos, G. R. (2006). Estimating the prevalence of schizophrenia in Spain Using a disease model. *Science Direct*, 194-201.
5. Bäuml J, Pitschel G, Volz A, Lüscher S, Rentrop M, Kissling W, Jahn T. Psychoeducation Improves Compliance and Outcome in Schizophrenia Without an Increase of Adverse Side Effects: A 7-Year Follow-up of the Munich PIP-Study. *Schizophrenia Bulletin*, 42 (1), 62-70.
6. Bohlhalter, S. W. (2015). Nonverbal Social Communication and Gesture Control in Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 338–345.
7. Bohorquez A. (2014). Tratamiento con antipsicóticos en la fase aguda del paciente adulto con diagnóstico de esquizofrenia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 44(1), 13-28.
8. Brothers, L. (1990). The social brain: a project for integrating primate behavior and neurophysiology in a new domain. *Concepts Neurosci*, 27-61.
9. Cardet Escalona M. (2013). Factores de riesgo genéticos y no genéticos asociados con la esquizofrenia. *Correo Científico Médico*, 130-138.
10. Casullo, V. C. (2009). Factores protectores de la salud mental: un estudio comparativo sobre valores, autoestima e inteligencia emocional en población clínica y población general. *Interdisciplinaria*, 183-200
11. Couture S, Penn D, Addington J, Woods S, Perkins D. (2008) Assessment of social judgments and complex mental states in early phases of psychosis. *Schiz Res*. 100(2),37–41
12. Díaz Zuluaga, A.M. (2018). Evaluación e intervención socio ocupacional en pacientes con TAB y esquizofrenia, dentro del programa de intervención multimodal PRISMA. *Revista colombiana de Psiquiatría*, 47(1), 4-12.
13. Duarte, G. (2014). Terapia cognitivo-conductual y enfermería. A propósito de un caso. *Casos clínicos*
14. Eduardo, F. P. (2010). Bases Clínicas para un Nuevo Modelo de Atención alas Psicosis. *Clínica y Salud*, 299-318.

15. Fallon, I, Liberman, (1983). Behavioural family interventions in the management of chronic schizophrenia. *Family therapy in schizophrenia*. Nueva York: Guildford Press.
16. Florit, A. (2006). La rehabilitación psicosocial de pacientes con esquizofrenia crónica. *Apuntes de Psicología*, 24(1-3), 223-244.
17. Franc, B. G. (2005). Intervención de enfermería en la rehabilitación psicosocial del paciente esquizofrénico. *Metas de enfermería*, 28-32.
18. Frith C, Corcoran R. (1996) Exploring 'theory of mind' in people with schizophrenia. *Psychol Med*. 26(5),21–30.
19. Garcelán, S. P. (2003). La necesidad de rehabilitación psicosocial en el tratamiento de la esquizofrenia. *Informació psicológica*, 37-46.
20. García, F. A. (2018). Cognición social en esquizofrenia: aspectos cognitivos y neurobiológicos. *Revista colombiana de psiquiatría*, 47(3), 170-176.
21. Guillart, (2015). Los principios éticos y bioéticos aplicados a la calidad de la atención en enfermería. *Revista Cubana de Oftalmología*, 28(2), 228-233.
22. Hannah, J. (2018). Treated Incidence of Psychotic Disorders in the Multinational EU-GEI Study. *JAMA Psychiatry*, 36-46.
23. Haram, A. (2019). Impact of Psychotherapy in Psychosis: A Retrospective Case Control Study. *Frontiers in Psychiatry*, 10, 1-10.
24. Haramburu M, S. M. (2011). Nortasunaren nahasteen etiologia eta tratamendua. Bilbo.
25. Kim, S. (2017). Effects of Group Cognitive-Behavioral Therapy. *Psychiatry Investigation*, 14(5), 609-617.
26. Large, M. (2011). Cannabis Use and Earlier Onset of Psychosis. *Arch Gen Psychiatry*, 68(6), 555-561.
27. Loayza, D. E. (2015). Nivel de sobre carga de los familiares. Lima, Perú.
28. Martín, Á. M. (2017). Efectividad de la terapia grupal en pacientes con esquizofrenia. *Revista Enfermería Docente*, 7-11.
29. Martín, R. S. (2017). Empatía, cognición social y calidad de vida subjetiva en esquizofrenia. *Artículos originales*, 211-219.
30. Mata, I. (2000). Prevalencia e incidencia de la esquizofrenia en Navarra. *Anales*, 29-36.
31. Molero, M. (2018). *Acercamiento multidisciplinar a la salud* (Vol. 3). Madrid: Asunivev.
32. Moore O, Cassidy E, Carr A. (1999). Unawareness of illness ant its relationship with depression and self-deception in schizophrenia. *Eur Psychiatry*. 14(26),4-9
33. Müller F. (2002) Current use of atypical antipsychotics. *Eur Psychiatry. J Assoc Eur Psychiatr*. 17(4) 77–84.

34. Muñoz, F.J. (2017). Terapia cognitivo conductual en la esquizofrenia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 98-110.
35. Noguer, I. (2017). Salud pública y salud mental: cómo afrontar con eficacia la vigilancia para una acción sanitaria más efectiva. En I. N. Jesus de Pedro Cuesta, *Salud Mental y Salud Publica en España: vigilancia epidemiologica* (págs. 11-13). Madrid: Centro Nacional de Epidemiología.
36. Oliva-Moreno, J. (2006). The costs of schizophrenia in Spain. *The European Journal of Health Economics*, 179-184.
37. Olivera, A.P. (2011). El análisis DAFO y los objetivos estratégicos. *Contribuciones a la economía*.
38. OMS. (9 de abril de 2019). OMS. Obtenido de OMS: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>
39. Pablo, C. G. (2015). Significado de la terapia ocupacional: implicaciones para la mejor práctica. En S. M. Bernardo, *Terapia ocupacional y ocupación*, 127-145. A Coruña: Asociación Profesional Gallega de Terapeutas Ocupacionales.
40. Sacristán, C. (2009). La locura se topa con el manicomio. Una historia por contar. *Cuicuilco*, 164-189.
41. Salize, H, Rossler, W. (1996). The cost of psychiatric care. *British Journal of Psychiatry*, 169, 42-48
42. Salvador, L. (2007). Comentario. La economía de la salud mental en España. ¿Una asignatura pendiente? *Gaceta Sanitaria*, 21(4), 314-315.
43. Sánchez, R. L. (2016). Estudio observacional del lenguaje y la comunicación en una muestra de pacientes con esquizofrenia. *La esquizofrenia y su lenguaje*. Cantabria, España.
44. Seva, A. (2002). El coste de las patologías psiquiátricas en España. Un seguimiento de 26 años y 10.974 ingresos en una Unidad Psiquiátrica de Corta Estancia de un hospital general. *The European journal of psychiatry*, 57-67.
45. Smerud P, Rosenfarb I. (2008). The therapeutic alliance and family psychoeducation in the treatment of schizophrenia: an exploratory prospective change proceses study. *Consul clin. Psychol.* 76(50), 5-10
46. Stahl S. (2002). Stahl's Essential Psychopharmacology: Neuroscientific Basis and Practical Applications. *Cambridge University Press*, 1135.
47. Tabora Zapata, L. E. (2016). Manejo integral del paciente con esquizofrenia: más allá de los psicofármacos. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 118-123.
48. Tarrier, N. Yusupoff, L. Kinney C. (1998). Randomized controlled trial of intensive cognitive behavior therapy for patients with chronic schizophrenia.
49. Tziraki, S. (2012). Trastornos mentales y afectación neuropsicológica relacionados con el uso crónico de cannabis. *Revista de neurología*, 54(12), 750-760.

50. Wiersma D, Fokko J, Nienhuis M.A. (1998). Natural Course of Schizophrenic Disorders: A 15-Year Followup of a Dutch Incidence Cohort. *Schizophrenia Bulletin*, 24(1),75-95
51. Williamson, P. (2011). Neuropsychiatric Disorders and the Nature of the Human Brain. En J. A. Petter Williamson, *The Human Illnesses* (págs. 64-66). New York: Oxford.
52. Xia J, Merinder LB, Belgamwar MR (2011). Psychoeducation for schizophrenia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*.
53. Zapata J.P. (2015). Psicoeducación. *Revista Colombiana Psiquiatría*, 44(3), 143-149.



## 10. Eranskinak:

### 1. Eranskina: informatutako baimen orria.

Honako baimen orri honetan parte hartzaileak dokumentua irakurri eta sinatu egin beharko dute, erizainak azaldutako saio guztien programazioa entzun ondoren eta izan dituzten galderak argitu ondoren.

Nik, \_\_\_\_\_ datozen bi hilabeteetan, epe luzeko unitate honetan egingo diren errehabilitazio saioetan parte hartzeko baimena ematen dut dokumentu honen bitartez. Era berean:

1. Saioen eduki eta helburuei buruzko informazio osoa jaso dudala onartzen dut, eta izandako zalantzak argitu zaizkidala.
2. Parte hartzea boluntarioa dela eta nahi dudan unea saiotik atera naitekela inongo azalpenik eman gabe ulertzen dut.
3. Saioekin lortutako emaitzak etorkizuneko proiektu eta ikerketa ezberdinetan erabiliak izateko baimena ematen dut.
4. Nire anonimatua uneoro mantenduko dela ulertzen dut.

Izen abizenak:

Sinadura,

Sinadura data; \_\_\_\_\_ ko, \_\_\_\_\_ ren, \_\_\_\_ a

## 2. Eranskina: eskizofreniari buruzko galdeketa laburra.

1etik 10era eskizofreniari buruzko zenbateko ezagutza duzula esango zenuke:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Zer dira gaixotasun mentalak? Eta zer da eskizofrenia konkretuki?

Zergatik agertu daiteke eskizofrenia?

Ze tratamendu mota daude eskizofreniari aurre egiteko?

Zoriontsu bizi al daiteke eskizofreniarekin?

### 3. Eranskina

Medikamentuaren izena	Zer da? Zertarako balio du?	Medikazioaren albo-ondorioak
•		
•		
•		
•		
•		

(2. zatia)

- Zertarako hartzen dut medikazioa?
- Zertan laguntzen dit?
- Behartuta al nago hartzera?
- Zer gertatuko litzake medikazioa hartzeaz uzten badut?

#### 4. Eranskina



## 5. Eranskina

### Komertzioen jolasa:

<b>Aurkitu behar duzuen:</b>	<b>Komertzioaren izena:</b>
Ogi barra bat erosi nahi dut	
Zigilu bat erosi nahi dut	
Dirua atera nahi dut bankutik	
Alkandora bat oparitu nahi diot nire lagunari	
Ilea moztera joan nahi dut	

## 6. Eranskina: parte-hartzaileen ebaluazio orria

Eman diren tailerrei buruzko zure iritzi pertsonala ezagutu nahi dugu. Parte hartzaile bezala zure esperientzia nolako izan den jakin nahi dugu galdeketa honen bitartez. Galderei ahalik eta modu argiengan erantzutea eskatzen dizugu.

1. Orokorrean tailerrak \_\_\_\_\_ iruditu zaizkit.

Oso interesgarriak	Interesgarriak	Ez dut iritzirik	Interes gutxi-koak	Interesik gabekoak
--------------------	----------------	------------------	--------------------	--------------------

2. Eman baieztapen hauekiko duzun iritzia 1etik (ez nago batere ados izanik) Sera (guztik ados nago izanik) markatuz.

<b>PROIEKTUAREN ESTRUKTURA</b>	1	2	3	4	5
Tailerak eman diren lekuak egokiak izan dira.					
Tailerren iraupenak egokiak izan dira					
Eroso sentitu naiz gainontzeko partaideekin					
Erabilitako materiala egokia izan da					

<b>PROIEKTUAREN PROZESUA</b>	1	2	3	4	5
Egin ditugun ariketak erabilgarriak izan dira eta haien azalpena egokia izan da					
Erizainaren jarrera lagungarria izan da uneoro					
Sesioetan landu ditugun gaiak interesgarriak izan dira.					

<b>PROIEKTUAREN ESPERIENTZIA PERTSONALA</b>	1	2	3	4	5
Eskizofrenia buruzko ezagutza handitu dut, nire gaixotasunaz gehiago ikasiz.					
Nire autonomia hobetu dela sentitu dut.					
Nire autoestimua maila hobetu dela sentitu dut.					
Komunikazio teknika berriak ezagutu ditut.					
Saioetan integratuta eta eroso sentitu naiz.					
Saioak nire situazio pertsonalarentzat lagungarriak izan direla pentsatzen dut.					

3. Zerbait aldatuko ahal zenuke interbentzio honetatik? Bestelako iritziren bat baduzu, azaldu: