



Tconectas

L'Atelier de las familias

Responsable de la publicación TCONNECTAS.com

SESIÓN 1: PRESENTACIÓN

En primer lugar, vamos a presentarnos, detrás de la plataforma TConectas hay un equipo de profesionales: psicóloga, psiquiatra, docentes, terapeutas ocupacionales, trabajadores sociales que vamos pensando y trabajando en aquellas cuestiones que os pueden facilitar y ayudar en la vida.

También vosotros, tanto los jóvenes que padecéis una psicosis como vuestras familias, forman parte del equipo puesto que habéis sido y sois la inspiración que nos ha llevado a diseñar y crear este proyecto.

Nuestro deseo es que entre vosotros y nosotros podamos ir haciendo de TConectas un espacio de intercambio de ideas, inquietudes, conversaciones, y de encuentro.

En este "Atelier" vamos a ir escribiendo ahora los profesionales de TConectas sobre aquellas cuestiones que pensamos que os interesan, pero en cualquier momento podéis plantear otras vosotros. Esto lo podéis hacer a través del formulario que tenéis en nuestra página, os responderemos en 48-72 horas.

Al final de cada sesión os propondremos una reflexión en ocasiones a través de una pregunta, otras con una sugerencia de actividad a realizar con la finalidad de poder colaborar con vosotros en la mejora de la atención a vuestro familiar.

Si alguno de vosotros está interesado en conocernos podéis dirigirlos al inicio de la página y allí están nuestras fotos. ¡ya tenéis una imagen!

Antes de empezar esta serie de sesiones nos gustaría poder pedirlos como en cualquier juego **una regla básica: el respeto**: no se pueden hacer comentarios ofensivos, insultantes, ni descalificatorios para poder participar.

Sugerencia actividad: ¡Os animamos a que os presentéis! Para ello podéis enviarnos una pregunta a través de nuestro formulario de contacto.

SESIÓN 2: ¿QUÉ ES LA PSICOSIS?

La **psicosis** es una enfermedad mental que suelen **afectar a más del 1%** de la población, y que se caracterizan por una **pérdida del contacto con la realidad**. Es decir, la percepción puede estar conservada en la psicosis, pero lo que está alterado es la interpretación de las percepciones.



Es por lo tanto, una alteración que afecta al cerebro, y que los síntomas con los que aparece son distorsiones en el pensamiento, en la percepción, en los afectos y emociones, y consecuentemente en el comportamiento.

La psicosis es una alteración cuyos primeros síntomas suelen aparecer generalmente en la adolescencia y en jóvenes entre 18-28 años, y suele afectar intensamente en distintas áreas: social, educativa, laboral, cognitiva al funcionamiento de estos jóvenes.

En ocasiones, el inicio de los síntomas es tan leve que pueden pasar desapercibido. Se presentan como una tristeza, falta de ganas de hacer actividades que antes se realizaban, cambio de amigos, cambio en el comportamiento, disminución en rendimiento académico pero que en el momento en el que se presentan estas experiencias, que suele ser la adolescencia son muy complicados de poder asimilarlos.

Suele ser una combinación compleja entre circunstancias psicológicas, sociales y las condiciones fisiológicas del cerebro.

Se dispone de tratamientos para abordar los síntomas y ofrecer la posibilidad de un pronóstico favorable, de ahí la importancia de una detección precoz.

La detección precoz consigue una pronta intervención e intenta mitigar la tendencia a la cronicidad de ciertos síntomas.

El tratamiento habitualmente consiste en intervenciones psicológicas y farmacológicas, tanto con el paciente como con la familia.

Es importante que la familia disponga de información y conozca como afecta esta a su hijo/a, que repercusiones tiene, que hacer en determinados momentos.

En su tratamiento interviene generalmente un equipo de distintos profesionales que está compuesto por: psicólogo, psiquiatra, trabajador social, enfermeras, terapeutas ocupacionales.

Sugerencia actividad: En tu opinión qué piensas que le puede estar pasando a tu hijo/a, familiar.

SESIÓN 3: ¿CUÁLES SON LAS CAUSAS? MODELO VULNERABILIDAD-ESTRÉS

Todavía no existe “un marcador” biológico específico para la psicosis, a pesar de que hay numerosas investigaciones a este respecto.

En la psicosis suele haber lo que comúnmente llamamos delirio. En la psicosis lo que está alterado es la interpretación que el sujeto hace de las percepciones del mundo.

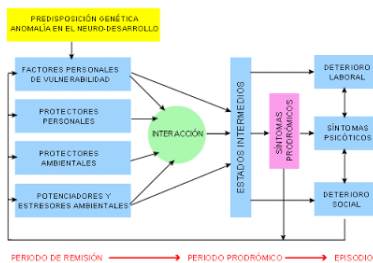
El modelo vulnerabilidad-estrés se formuló en la década de los años 70 por el psiquiatra estadounidense Joseph Zubin, que integra diferentes escuelas científicas de conocimiento y demuestra la necesidad de fomentar el desarrollo de una forma combinada de tratamiento.

Según este modelo, las personas se diferencian en el grado de vulnerabilidad o fragilidad para el desarrollo de la psicosis. Esto quiere decir que para desencadenar esta alteración es necesario un conjunto de factores, sobre todo de tipo psicosocial.

Las personas con un grado bajo de vulnerabilidad requerirán un elevado nivel de estrés para que se declare la enfermedad, mientras que las personas con una alta vulnerabilidad con un bajo nivel de estrés o frustración proveniente del medio externo pueden ser susceptibles de desarrollar la enfermedad.

Actualmente se piensa que hay dos grupos principales de factores biológicos: las alteraciones genéticas y las alteraciones pre y perinatales. Ambas pueden influir en la vulnerabilidad.

A pesar de las numerosas investigaciones en los últimos cien años sobre el cerebro, alteraciones cerebrales y la esquizofrenia los resultados obtenidos hasta la fecha son contradictorios. Es decir, lo que hoy se acepta mañana puede sufrir cambios.



Fuente: <http://www.p3-info.es>

Sugerencia actividad: para los que os interese os dejamos el enlace a una página que nosotras consideramos muy interesante <http://www.p3-info.es>

SESIÓN 4: ¿CÓMO DARME CUENTA?

Suele haber cambios de humor, pensamiento en ocasiones se manifiesta ideas extravagantes, bizarras que nos pueden sorprender en esa persona, y que a uno le resulta difícil poder entender. Estos síntomas suelen causar malestar a la persona que los sufre.

Puede haber dificultades para rendir en el estudio tanto por falta de concentración como por sentirse incapaz de realizar actividades que hace un tiempo hacía, tristeza, dificultad para dormir, irritabilidad, se ofende fácilmente, incapacidad de aceptar opiniones contrarias a las propias pudiendo derivar esto en agresión física hacia objetos o agresividad verbal o física a personas, mirada pérdida o ausente, abandono de amistades o cambios de amigos, o se une a grupos marginales.



A veces el primer episodio esta precedido de una situación ambiental estresante, pero que la respuesta adaptativa a esa situación está alterada.

Sugerencia actividad: intentar describir a modo de un relato lo que pensáis que le sucedió a vuestro hijo/a y/o familiar. Pensar e imaginad cómo se sintió, como era su conducta, sus respuestas, que decía, que alternativas buscaba.

SESIÓN 5: SÍNTOMAS INICIALES

Se suele hablar de **Síntomas Positivos** y **Síntomas Negativos**.

Los **síntomas positivos** son:

1-Alucinaciones: son experiencias sensoriales o percepciones que no se corresponden con estímulos externos, es decir de que algo no existe en la realidad. Las más frecuentes son auditivas, es decir aquellas que se perciben como si una o varias personas hablan en su mente. Pero pueden ser también visuales, táctiles, gustativas, olfativas o hacer referencia a sensaciones corporales, por ejemplo, que suda mucho, o que tiene una intensa inflamación en algún lugar del cuerpo...etc.

2-Delirios: son ideas, contenidos del pensamiento o una visión de la realidad que para el sujeto que la padece es de una absoluta certeza, donde no hay lugar a dudas pero que para los demás se diferencia claramente del punto de vista razonable que prevalece de acuerdo a actitudes culturales y en base a datos observables.

Se distingue entre el contenido de los delirios, su alcance y el grado de extrañeza de los delirios.

El alcance quiere decir, que una persona puede tener un delirio relacionado únicamente con una pequeña parte de la realidad, pero sin embargo para ella representa un a parte importante de sus pensamientos. Depende de la elaboración que la persona realice sobre el tema, es importante no tratar de convencerlos de lo contrario.

Puede haber personas que arrastran creencias delirantes durante años, pero que como consecuencia de una red social protectora u otros recursos no ven la necesidad de recurrir a una consulta médica.

3- Alteraciones del pensamiento: es la pérdida de asociación entre una idea y la siguiente, deslizamiento de un tema a otro distinto, falta de relación entre una pregunta y la respuesta dada o el exceso de detalles en esa respuesta, o usa un vocabulario muy pobre y repetitivo.



Los **Síntomas Negativos**: son los que más afectan al funcionamiento social y a veces dan la idea de que son personas vagas, perezosas, que no quieren hacer las cosas.



- 1- Aislamiento social, abandono de amistades o cambio de grupo de amigos estableciendo relaciones con grupos muy distintos y/o problemáticos.
- 2- Falta de energía o motivación.
- 3- Falta de iniciativa.
- 4- Dejadez en su cuidado, aseo, vestimenta
- 5- Dificultad para expresar sus emociones verbalmente, mirada ausente, a veces con poco contacto visual.
- 6- Pérdida de las ideas en una conversación cuando estaba relatando algo, tardanza en dar una respuesta.
- 7- Dificultad para concentrarse o prestar atención a algo.
- 8- Abandono de actividades que realizaba, falta de sentir placer.
- 9- Sensación de no haber entendido.

Sugerencia actividad: ¿os podéis imaginar alguna situación de la vida cotidiana de cada uno de nosotros donde uno puede tener alucinaciones sin llegar a presentar una alteración psicótica?

Os ponemos una a modo de ejemplo que nos puede suceder a cualquiera: “cuando mi padre murió sentí una enorme tristeza, un día caminando por la calle pensé que lo había visto en la tienda de los periódicos, pero al asomarme no era él. Fue un segundo, pero yo estaba segura que era él.”

¡Se os ocurren otros, los hay seguro!

SESIÓN 6: FACTORES DE RIESGO

Los síntomas pueden desaparecer o aliviarse con el tratamiento, pero pueden volver aparecer y entonces se habla de *Recaída*. Esto puede acontecer en cualquier momento

sin embargo, lo más frecuente es que se produzca en los dos primeros años tras el primer episodio psicótico.

Factores de riesgo:

*abandono de la medicación antipsicótica: a veces se deja de tomar por los efectos secundarios, por la larga duración de los tratamientos o porque han desaparecido los síntomas.

*cambios en rutinas de su vida cotidiana, cambio de domicilio, pérdida de algún ser querido, del puesto de trabajo o cualquier situación que suponga una presión mayor de la que pueda afrontar.

*consumo de tóxicos

* la respuesta emocional exagerada en los familiares, es decir familiares muy ansiosos, vigilantes, preocupados que limiten que el paciente vaya ganando autonomía y autoestima.

*la sobreprotección manifestada como una conducta sacrificada y abnegada por parte del cuidador o familiar, en la que este sacrifica sus propias necesidades para atender al paciente.

Hay también *factores estresantes no-específicos desencadenantes de psicosis*:

1. falta de sueño
2. aislamiento
3. alteraciones endocrinas.



Sugerencia actividad: Os proponemos buscar un espacio de tiempo en el que os dediquéis hacer actividades que os gustan con vuestro hijo/a y/o familiar.

Algunas que suelen funcionar bastante bien es que os organicéis momentos donde unas veces padre e hijo/a, otras madre e hija /o, otras con hermanos/as (si hay) y otras toda la familia realicéis alguna actividad. Suele gustar muchos los juegos de mesa, video juegos, salir a comer, cenar o tomar algo algún bar y conversar, alguna afición que se hacía antes del episodio intentar que se vuelva a realizar. ¡Es una forma de colaborar y ocuparse de vuestro hijo/a e intentar no estar “pre-ocupado”!

SESIÓN 7: FACTORES PROTECTORES

Los factores psicológicos de protección contra la psicosis son inespecíficos. Los mismos factores que protegen nuestra psique pueden funcionar también en el fortalecimiento de nuestra salud física. Los puentes entre la psique y lo somático (o el cuerpo) se sitúan en los sistemas neurales, endocrinológicos y subcorticales. Se sabe que la tristeza, la pérdida, el estrés, la desesperanza etc.. tienen un correlato somático y pueden potenciar la enfermedad física.

Factores de protección psicosocial:

- 1- **red de apoyo social:** ello implica la presencia de amigos, familia extensa, compañeros que pueden ofrecer apoyo emocional, aprecio, amor, ayuda para afrontar los problemas, reconocimiento, intereses compartidos, apoyo material.
- 2- **Actividades creativas:** supone una estimulación mental que fortalece su estima, el logro de metas, favorecer la búsqueda de alternativas en la resolución de problemas.
- 3- **La incorporación a una ocupación, trabajo o vuelta académica:** el trabajo genera el sentimiento de ser necesario, al conseguir un determinado objetivo. A su vez tiene una función social, posibilita la oportunidad de conocer gente, establecer relaciones y abrir nuevos círculos de amistades. Aporta una base para poder sostenerse y vivir, y valor al tiempo libre de la persona.
- 4- **La toma de un tratamiento psicofarmacológico.**



Sugerencia actividad: su hijo/a tiene amigos, compañeros promueva que puedan seguir manteniendo las actividades que antes hacían, que vuelva a clase o a su actividad laboral, aunque al inicio le cueste un esfuerzo. Busque la forma en que se pueda hablar del episodio acontecido tanto entre vosotros.

SESIÓN 8: TRATAMIENTO PSICOSIS

El tratamiento debe ser combinado, es decir se trata de varias actuaciones conjuntas y coordinadas. Entre ellas está:

- 1- El tratamiento psicofarmacológico
- 2- El tratamiento psicológico
- 3- Intervenciones psicosociales

El tratamiento psicofarmacológico va a depender de la intensidad de los síntomas. Es preciso una identificación precoz de ellos para poder evitar el ingreso hospitalario, que en varias ocasiones es muy traumático para el paciente.

Del mismo modo que en otras enfermedades, como por ejemplo el cáncer, en las enfermedades mentales los últimos descubrimientos y avances en la ciencia, concretamente en neurociencia, han permitido ir descubriendo fármacos cada vez con menos efectos secundarios, y mejor tolerados por el paciente.

¿Cuáles son estos fármacos?



1-Antipsicóticos o neurolépticos: son eficaces en el tratamiento de los síntomas psicóticos, por ejm. delirios y alucinaciones, disminuyen los estados de agitación, la irritación, frenan el pensamiento acelerado.

Hay varios fármacos de este tipo, vamos a nombrarles algunos: **haloperidol, risperidona, olanzapina, quetiapina, aripiprazol, ziprasidona...**

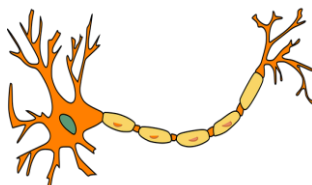
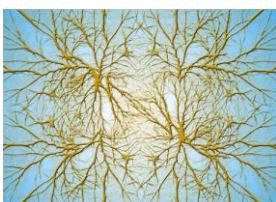
2- Ansiolíticos o benzodiacepinas: actúan sobre la ansiedad, se usan para calmar estados de angustia, el insomnio, la agitación. Algunos de estos fármacos son: **diazepam, cloracepato, clonazepam, alprazolam, bromacepam, brotizolam, ketazolam...**

3- Antidepresivos: actúan sobre la tristeza, el estado anímico en general, se usan también para controlar la ansiedad. Por ejm.: **paroxetina, venlafaxina, mirtazapina, escitalopram, sertralina, fluoxetina...**

¿Dónde actúan estos fármacos?

El cerebro humano está compuesto por millones de células nerviosas, llamada **Neuronas** que se conectan entres sí a través de conexiones o ramificaciones que se llaman **dendritas**.

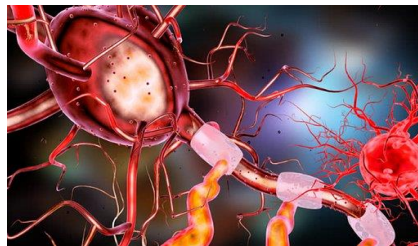
En los puntos de contactos, es decir en las **sinapsis** la transmisión o el contacto se realiza a través de un proceso químico que sucede entre 2 neuronas, y que consiste en que cierto neurotransmisor se une temporalmente a una molécula receptora y libera la señal que estimula la neurona receptora.



Os dejamos aquí una imagen de cómo se conecta, y el dibujo esquemático de una neurona y lo que sucede al transmitir la señal



Imagen en tres dimensiones de las neuronas o células cerebrales.



Los fármacos van dirigidos a controlar los síntomas positivos de la psicosis (alucinaciones, delirios, distorsiones del lenguaje, conducta desorganizada, agitación...) y algunos síntomas negativos (afecto embotado, retraimiento emocional, pasividad, dificultad en pensamiento abstracto, falta espontaneidad, falta fluidez en pensamiento anhedonía...).

Ayudan a reducir las posibilidades de recaída.

Las dosis se intentan que sean las más bajas posibles para lograr la estabilización, en la prevención de recaída suelen ser más bajas que en fase aguda.

Efectos secundarios: suelen ser rigidez, inquietud, sedación intensa, aumento de peso, estreñimiento, sequedad boca. No todas las personas los van a experimentar, su aparición depende de la dosis y del tipo de fármaco. Puede suceder con un fármaco determinado y no con otro.

Si aparecen se debe consultar con el médico o enfermería.

¿Cuánto tiempo debe tomar la medicación?

Resulta complicado dar un tiempo determinado, puesto que dependerá de la gravedad de los síntomas, de las posibilidades de instaurar un tratamiento precoz, de las intervenciones realizadas y de la historia personal de cada sujeto-paciente.

Lo habitual y recomendable es que después de un primer episodio psicótico se mantenga al menos 2 años. Esta difícil decisión se aborda entre el equipo que atiende al paciente y es específica para cada paciente, no hay dos pacientes iguales. La decisión es tomada teniendo en cuenta la opinión del paciente.

No es conveniente que el paciente decida por propia iniciativa reducir o suspender la medicación.

2-El tratamiento psicológico: va enfocado con distintos tipos de intervención a poder facilitar la comprensión del paciente sobre sus síntomas, sus experiencias internas y aumentar su capacidad introspectiva o insight sobre lo que le está sucediendo.

Busca a si mismo, encontrar alternativas a sus problemas, estimular sus capacidades cognitivas, a la atención a la familia.

El objetivo primordial es que el paciente asuma el protagonismo en su tratamiento y

Prevención de recaídas buscando alternativas.



Debería hacerse a cada paciente con un episodio psicótico por primera vez, una valoración para psicoterapia breve con el fin de facilitar su comprensión sobre su situación presente y cómo ha llegado a producirse esa reacción psicótica.

Suele ser habitual combinar esto con intervenciones familiares y medicación.

Para el tratamiento psicológico hay diferentes teorías u orientaciones, que intentan entender desde perspectivas dispares qué le sucede al paciente y cómo se ha ido produciendo la enfermedad, algunas de ellas son la terapia cognitiva, terapia personal, terapia psicodinámica. En algunas ocasiones pueden complementarse y se realiza un enfoque cognitivo-psicodinámico.

3-Intervenciones psicosociales están orientadas a la recuperación a través de la integración de la persona que padece psicosis en su medio social y laboral o académico.

Son intervenciones en las que se trabajan las habilidades sociales, laborales, talleres ocupacionales donde se abordan aspectos lesionados y se inciden en promover su inclusión en el ámbito laboral o académico.

Estas intervenciones suelen ser realizadas por trabajadores sociales y terapeutas ocupacionales. Suelen iniciarse, a veces en jóvenes que no se han restablecido tras un primer episodio psicótico, a menudo en un ambiente terapéutico, centro de día u hospital de día, que pueden estimular el proceso de recuperación y apoyar el trabajo de desarrollo personal.

Es importante a la hora de seleccionar un centro asegurarse que es el adecuado para ese paciente, en ese momento determinado en términos de la capacidad del personal, su nivel de potencial compromiso y la estructura interna del centro.

Algunas intervenciones de este tipo son: arte-terapia, reuniones familiares, terapia familiar, psicoeducación, taller expresión artística...



Sugerencia actividad: ¿Ha tomado alguna de estas medicaciones? ¿Cuál es su experiencia? ¿Se anima a comentarla?

¿en algún momento ha realizado alguna intervención psicosocial? ¿Conoce alguna otra? Le invitamos a comentar su experiencia.

SESIÓN 9: PREVENCIÓN DE LA PSICOSIS

Hay tres áreas de prevención:

Prevención Primaria: anticiparse a la aparición de los síntomas. Para ello es necesario conocer las causas. Entre las cuales están los factores genéticos, rasgos de personalidad, factores de riesgo como estrés pre y perinatal, factores ambientales que se producen en las familias...

Prevención Secundaria: sería obtener asistencia eficaz de forma precoz en el inicio de los síntomas. Hay síntomas psicóticos incipientes o subclínicos, que hoy por hoy son difíciles de detectar como ciertos rasgos de personalidad, hay otros síntomas psicóticos transitorios que, combinados con drogas o situaciones importantes de estrés, la disminución de la capacidad de estudio o trabajo es un indicador grave si se presenta junto con algún otro síntoma subclínico, antecedentes familiares de psicosis.

Para poder abordar este tipo de prevención es necesario una intervención precoz en el primer episodio psicótico. En la actualidad se ha evidenciado que hay grandes ventajas para este tipo de intervención en pacientes con un primer episodio, donde pueden encontrar ayuda sin sentirse estigmatizados.

Prevención Terciaria: Es importante optimizar el acceso y contacto del paciente con los servicios de atención, durante los 5 primeros años después del primer episodio psicótico. Esto disminuiría la exclusión social que

suele seguir el proceso. Sus familiares deben ser incluidos y formar parte del proceso para poder acompañarlos a ellos en este tránsito: tener la posibilidad de trabajar o realizar una actividad significativa es tan importante como la medicación y otros tratamientos, con la finalidad de mejorar su calidad de vida.

Sugerencia actividad: ¿Algunas de las cuestiones planteadas le evocan situaciones que usted ha pasado con su hijo/a? Intente pensar en alguna de ellas y escríbalas de forma narrativa, a modo de “cuento” puede que le ayude a entender lo que le puede estar pasando a su hijo/a, a la familia y a darse cuenta de las alternativas que encontraron en ese momento para abordar la situación.

SESIÓN 10: ¿QUE HACER ANTE LOS SINTOMAS PSICÓTICOS?

Después de un primer episodio psicóticos, tanto el paciente como la familia se encuentran abatidos, confusos por lo que acaban de vivir. Suelen ser experiencias muy traumáticas, diferentes para el paciente y para la familia, pero muy chocantes.

Se inicia un periodo de mucha incertidumbre, donde no se sabe que va a pasar con la vida de esa persona, que por el momento se ha quedado “detenida”.

Puede ser que, tras la salida del ingreso, si ha sido preciso, el paciente se sienta deprimido, abatido, no queriendo salir del domicilio, durmiendo muchas horas, en un estado de cierta pasividad, todo ello es el modo natural en que el cuerpo y la mente pueden ir recuperándose lentamente del impacto de la situación.

La familia puede que se inquiete al evidenciar que “no es el mismo”, lo más conveniente sería poder ir esperando a que se recupere a su propio ritmo. En ese momento es importante la terapia psicológica, la medicación y las intervenciones psicosociales, adaptadas en cada momento a la situación psíquica del paciente.

La familia puede proponerle participar en alguna actividad, o tarea que realizaba antes pero sin presionar, ni insistir en que lo haga, en algunos pacientes este periodo de asimilación puede variar entre unos meses o un año.

Algunas **sugerencias** que les puede ayudar como familiar son:

- 1- Si esta agitado, irritado o se da cuenta de que su discurso es desordenado (no se entiende) procure: permanecer en calma, establecer límites claros que lo puedan ayudar a calmarse en ese momento. En caso de agresividad, es conveniente usar un lenguaje firme, pero sin violencia. Evitar la confrontación. No criticarlo o entrar a discutir con él. Hacer caso omiso a las ofensas si verbalizase alguna.
- 2- Si se niega a tomar el tratamiento intente recordárselo con amabilidad, recordarle que el tratamiento le ayuda. Informarse si esta tiene efectos secundarios. No le regañe ni le amenace. Evitar darle la medicación sin que lo sepa.
- 3- Averiguar si consume algún tipo de tóxicos y poder hablar de lo perjudicial que sería para él, consumir tóxicos.
- 4- La forma de comunicarnos con él es importante, cuidar cómo se dicen las cosas y la entonación de la voz sobre todo en pacientes con enfermedad psicótica es algo a tener en cuenta.

- a. La forma de hablar debe ser calmada, sin descalificaciones, intentando que sea con frases cortas y no párrafos largos.
- b. No intente convencerle con argumentos que no piensa, puede ser que se dé cuenta y todavía incrementa más su angustia e irritación.
- c. Cumpla aquello que le dijo, incluso cuando el paciente se encuentre en calma.
- d. Respete el espacio de los demás, hay un tiempo propio para cada uno.
- e. Establezca límites claros, con reglas que se cumplan.

Sugerencia actividad: Reflexione sobre la forma en que se comunica con su familiar.

Ha podido detectar alguna situación complicada que se haya dado en la convivencia con él.

SESIÓN 11: **SER UN FAMILIAR.**

Para la madre y el padre de un paciente con psicosis la primera fase de la enfermedad está habitualmente dominada por la angustia, la incertidumbre y el desconocimiento acerca de la enfermedad y de la evolución.

Hay un sentimiento de impotencia, de no tener ninguna influencia sobre lo que está pasando y a su vez del dolor de no comprender.

Son numerosas las preguntas que se pueden hacer los padres: si esta “extraña” enfermedad es signo de pereza, mala crianza por parte de ellos, se debe a un problema externo. Es frecuente la atribución de culpa por la enfermedad lo que incrementa los conflictos y tensiones en la familia.

A veces hay que llamar a la policía para ayudar al paciente y ello genera aun mayor desazón y sentimientos de culpa, añadido a una dolorosa irritación con el familiar enfermo.

La familia se encuentra en situación de crisis y necesita el apoyo de expertos. Las preguntas que se hacen ¿Cómo puedo reaccionar? ¿Qué ha pasado y que va a pasar ahora? ¿Cómo debo hablar a mi hijo? ¿se va a recuperar, hay esperanza? ¿qué vida le espera? Son numerosas las preguntas que se hacen los familiares.

A lo largo de los años si las crisis son frecuentes hay una disminución de la esperanza de recuperación. La tristeza por la pérdida que se ha producido, porque un miembro de la familia ha cambiado tanto es frecuente. Algunas familias entran en contacto en este momento con alguna asociación, centro de día...

Muchos padres, en este proceso ven reducido su red social, temen que su hijo provoque altercados y van relacionándose cada vez menos.

Los hermanos pueden reaccionar apartándose de la familia o implicándose profundamente. Muchos piensan que, si se implican demasiado, puede entrar en crisis y que la enfermedad sea hereditaria.

En otras ocasiones los padres se vuelcan en el hijo enfermo, y dejan de prestar atención a los otros hijos. **Padres sobreinvolucrados**: para ellos la vida cotidiana ha dejado de tener sentido e interés y tan solo interesa la vida del familiar enfermo. A la larga este tipo de implicación deja de resultar eficiente puesto que precisamente las personas con esquizofrenia necesitan independencia, con el fin de mantener su integridad.

Paradójicamente en este tipo de implicación, el estado del hijo pueden empeorar clínicamente por el nivel de expresión emocional que genera este tipo de atención.

¿Qué hacer entonces? Los grupos de apoyo de familiares pueden ser una de las salidas.

Es importante que el familiar tenga su espacio y tiempo para él, a través de mantener sus amistades, actividades de ocio, y sobretodo ir aceptando que no es posible mantener el control total sobre la vida del paciente, ello produce “descontrol”.

Sugerencia actividad: ¿Qué relación tiene con su familiar (padre, madre, hermano, tío/a, abuelo/a)? Puede describir cómo es su relación con él, actividades que hacen juntos, intereses compartidos...

¿Advierte diferencias con el resto de familiares? Si no lo ha pensado hasta este momento, pruebe a observar la relación con cada uno de sus familiares con el paciente.