

¿QUE ACONTECE NUNHA FAMILIA CANDO SE ATOPA ENTRE OS SEUS MEMBROS CUN DIAGNÓSTICO DE ENFERMIDADE MENTAL?

- ✘ Aumenta o nivel de estrés. A familia percibe que o que lle acontece supera os recursos de resposta ás dificultades que coñecía e utilizaba ata ese momento. Sente que se pon en perigo o seu benestar. Este estrés repercute en todos: "enfermos e sans".
- ✘ Aparecen sentimentos de afundimento, de baixa satisfacción e autoestima incluso condutas desviadas noutros membros da familia. A enfermidade mental produce sempre problemas de adaptación na familia. As demandas xeradas polo desasosiego que trae consigo a convivencia son moitas e dolorosas. E o paciente non é o culpable destas consecuencias.
- ✘ A convivencia familiar co enfermo non produce sempre estes efectos coa mesma gravidade e de idéntica forma. Unha mesma enfermidade mental pode ser para unha familia insuperable e máis ou menos levadeira para outras, dependendo dos recursos materiais, sociais e da capacidade que posúan para afrontar vivenzas novas, e sobre todo, de como se perciba subxectivamente a enfermidade. En ocasións, a familia veo todo negro e non percibe a existencia de momentos gratificantes na súa vida...

Estas vivencias negativas poden estar presentes ao longo de toda a vida, dende que a familia coñece o diagnóstico. Pero hai momentos mellores e peores. Hei aquí algúns:

- ◆ Cando a familia recibe a noticia do diagnóstico.
- ◆ Cando existen serios problemas de convivencia. Algunhas enfermidades mentais aparece xeralmente na adolescencia-xuventude.
- ◆ Cando os pais séntense impotentes, sen recursos nin habilidades para afrontar a situación nova, que aparece sen avisar.
- ◆ Cando hai que pasar por un internamento pola aparición dunha crise.
- ◆ Cando a sociedade o estigmatiza e o rexeita.

Existe unha situación concreta que desconcerta moito a familia. Certos comportamentos do persoa atribúense á mala intención, á "mala uva", á mala vontade do enfermo, que trata de medir, de provocar os demais: "isto faino por amolar".

Noutros momentos non se remata de asumir o problema e aparecen os lamentos que impiden ter en conta a etapa vital do enfermo, porque a adolescencia, a entrada no mundo adulto ou no do traballo, o envellecemento, etc afectan a todos e sempre estes momentos veñen cargados de conflitos e desorientación. Pero nas familias con persoas diagnosticadas de esquizofrenia pode aparecer o desánimo excesivo: ¿Para que loitar se isto non ten remedio? E isto leva a desconfiar de médicos, medicinas, terapeutas, de estratexias de rehabilitación, das institucións, e de todo tipo de axuda recibida.

Polo tanto faremos unha breve referencia a qué son cada unha das enfermidades, síntomas que poden aparecer para estar alerta, actitudes ante unha crise, entre outras.

¿QUÉ É A ESQUIZOFRENIA?

As persoas con esquizofrenia experimentan unha distorsión dos seus pensamentos e sentimentos. Senten o mundo dun xeito moi diferente ao resto das persoas e a súa conduta pode cambiar radicalmente e semellar estraña aos demais.

Normalmente a esquizofrenia aparece ao final da adolescencia ou no principio da idade adulta, aínda que poden atoparse casos, pouco frecuentes, de esquizofrenia infantil.

Como se descoñecen as causas só podemos describir a enfermidade polos seus síntomas, é dicir segundo as vivencias relatadas polas persoas afectadas e o comentario de familiares e doutros observadores da conduta da persoa afectada. Non obstante, a investigación científica ofrece cada día novos datos esclarecedores.

Nestes momentos sinálase que a esquizofrenia non é unha soa enfermidade, senón máis ben un grupo de trastornos, que tendo elementos en común, logo difiren na súa clínica, resposta ao tratamento e prognóstico.

¿Cales son los síntomas de la esquizofrenia?

Os síntomas son diversos e non todas as persoas afectadas presentan os mesmos, incluso estes varían a través do tempo nunha mesma persoa. Adóitase facer unha división entre síntomas positivos e negativos. Esta clasificación non fai referencia a que uns sexan uns síntomas mellores que os outros.

🕒 Síntomas positivos

Estes síntomas engaden algo novo á vida psicolóxica do suxeito. Exemplos de síntomas positivos serían as alucinacións (normalmente oír voces que comentan a súa conduta) e os delirios (ideas elaboradas que non se corresponden coa realidade dos demais).

Parece que estas alucinacións auditivas serían pensamentos do propio suxeito que, por unha alteración neuronal, son percibidos coma voces externas ou alleas. É importante que a familia axude ao afectado a superar os medos que lle ocasionan as alucinacións e a distinguilas da realidade.

Os delirios son crenzas que responden á necesidade que ten a persoa afectada de explicarse os sorprendentes fenómenos psíquicos que lle acontecen, calquera crenza pode chegar a ser asumida polo suxeito como explicación válida para a súa situación tan extraordinaria. A persoa pode sentir que os seus pensamentos son coñecidos polos demais. Pode sentirse influenciado por aspectos da realidade que os demais consideramos fortuítos: Un titular de xornal, unha noticia, un xesto ou actitude doutra persoa, poden acadar un sentido ou significado, xeralmente ameazante. Estes síntomas teñen consecuencias desastrosas sobre a vida psíquica da persoa afectada, comeza a sentirse vulnerable, exposto á inspección e o xuízo dos demais. Pode verse a si mesmo degradado e humillado ante outros, obxecto de atención de forzas sobrenaturais, sen posibilidades de recuperar o control sobre a súa vida.

📍 Síntomas negativos

Os síntomas negativos son aqueles que se producen por defecto, por exemplo, a perda de hábitos e intereses. As persoas afectadas tenden a illarse e a ensimesmarse. Poden descoidar o seu arranxo persoal, abandonar as súas afeccións, non queren colaborar nas tarefas de casa, semellan indiferentes nas súas relacións sociais e afectivas. Dentro deste apartado poderíamos distinguir:

● Síntomas que afectan ao pensamento

A persoa tende a sentirse influenciado ou controlado, coma se os demais puxesen ideas na súa cabeza ou que as súas ideas son coñecidas polos demais.

- Pode sentirse perseguido ou ameazado, tratado inxustamente ou en forma diferente que ao resto.
- Pode crer que posúe atributos ou poderes especiais.

● Síntomas que afectan á percepción

Son síntomas que afectan á esfera sensorial e á interpretación que facemos da información dos sentidos.

- Oír unha voz ou voces que constantemente insúltanlle, ridiculizan ou critican.

● Síntomas que afectan ás emocións e sentimentos

- Incongruencia na expresión de emocións, por exemplo rir cando comenta algo triste.
- É frecuente a aparición do ánimo deprimido, a ansiedade, os sentimentos de culpa, a tensión psíquica, a irritabilidade e a preocupación.

● Síntomas que poden afectar á conducta

- Illamento e retraemento ante o contacto social.
- Perda da habilidade para iniciar ou manter conversas ou para gozar das amizades.
- Poden desenvolver comportamentos excéntricos en vestir, falar, hixiene, comidas, xestos ou noutros aspectos da vida diaria.

Tódolos síntomas do trastorno esquizofrénico poden darse noutras enfermidades, pero a diferenza é que nestes trastornos o suxeito non experimenta unha diminución da súa conciencia, están alerta e orientados. Tampouco presentan un trastorno neurolóxico evidente.

¿Existen diferentes tipos ou formas de Esquizofrenia?

Existen diferentes modelos para clasificar os diferentes tipos de esquizofrenia. Na maioría dos casos estes modelos explicativos baséanse no predominio duns ou doutros síntomas para propoer un diagnóstico diferente.

¿Cómo comeza a manifestarse a Esquizofrenia?

Existen dúas grandes formas de comezo da enfermidade. Hai persoas ás que lles sorprenden as súas primeiras crises esquizofrénicas no medio dunha vida normal onde o seu desempeño escolar, interpersonal, mesmo laboral ou de parella é moi similar ao seu grupo de pares. Nestes casos a enfermidade aparece bruscamente. Estímase que esta forma de comezo adoita ter mellor prognóstico e parece compensarse mellor coa medicación antipsicótica.

Noutros casos pouco a pouco nótase que a persoa non cumpre as esixencias de madureza social, escolar e afectiva que o farían similar aos seus compañeiros. A enfermidade vaise manifestando de forma insidiosa, de vagar con cambios mínimos durante un período longo de tempo, un exemplo serían os cambios no comportamento que nas persoas xoves achácase nun primeiro momento á idade. Esta forma de comezo tería un prognóstico de maior cronicidade e maior deterioración.

A esquizofrenia pode iniciarse antes dos 18 anos, o que se denomina esquizofrenia de inicio temperá, e incluso, en raras ocasións antes dos 13 anos.

¿Cales son as fases polas que pasa o doente de esquizofrenia?

Establecerase unha diferenciación entre: os síntomas de alerta, a fase sintomática (crise) e a fase de compensación.

Antes da crise, a persoa presenta unha sintomatoloxía inespecífica pero recoñecible. A identificación destes **síntomas de alerta** poden axudarnos a previr as crises ou a prepararnos para afrontalas de modo que estas xeren o menor impacto posible no doente e na familia.

Fase aguda da crise con aparición de sintomatoloxía evidente, especialmente aparecen os síntomas positivos, pero tamén débese considerar como crise a acentuación de síntomas negativos. A crise tamén é denominada co termo de brote, porque xurde nun momento dado. As crises esixen que os cuidados sexan mais intensivos.

Logo da crise pode aparecer a **fase de compensación** é dicir, fase na que se produce un control dos síntomas, polo que deixan de ser evidentes. Ésta é a fase na que se debe estimular a maior autonomía do paciente.

¿De qué factores dependerá a evolución da esquizofrenia?

- Ⓢ Do tratamento farmacolóxico: este debe ser axeitado e administrado con constancia, aquelas persoas que abandonen o tratamento terán maior probabilidade de que apareza un novo brote.
- Ⓢ Das condicións sociofamiliares e culturais, a evolución será mellor canto mais apoio teña no seu entorno.
- Ⓢ Evitando as situacións de risco (o estrés, o consumo de alcohol, drogas, etc).
- Ⓢ Instaurando medidas psicorehabilitadoras e de integración.
- Ⓢ Mantendo a comprensión e axuda da familia e os amigos, é moi importante manter os apoios.

¿Qué causa a Esquizofrenia?

A investigación científica non logrou aínda identificar qué causa provoca este trastorno. Os datos que se coñecen sobre as causas e o curso indícanos que a súa orixe, mantemento e prognóstico obedecen a unha complexa interacción de factores. Hai unha serie de factores que predispoñen a súa aparición. Esta predisposición pode deberse a *causas xenéticas*, pode ser *adquirida durante o embarazo ou o parto*, ou deberse a *danos cerebrais sufridos por outras causas*, aínda que non se descartan os *factores psicosociais do desenvolvemento*, coma os *problemas para relacionarse* na infancia.

Lográronse identificar **factores de risco**, que aumentan as probabilidades de experimentar crises esquizofrénicas en persoas nas que xa apareceu o trastorno.

Do mesmo modo coñécense unha serie de **factores que axudan a previr e protexen** a persoa vulnerable ante a aparición de crise.

O factor de protección de primeira orde é a medicación antipsicótica. Esta protección incrementarase se ao mesmo tempo a persoa vive nun ambiente estable.

As crises esquizofrénicas enténdense como un estado que afecta o suxeito temporalmente. O que realmente perduraría na persoa é a súa vulnerabilidade, a súa predisposición a experimentar unha crise; este sería o trazo máis distintivo das persoas que teñen esquizofrenia.

@ Factores precipitantes das crises.

Non son factores causais senón que actúan sobre a vulnerabilidade ou predisposición do suxeito. Poden ser situacións que incrementan a tensión psíquica, como son os cambios de vida: un traballo, unha relación amorosa, novas demandas na súa vida. Tamén se consideran precipitantes, en persoas vulnerables, o consumo de drogas estimulantes como a cocaína ou as anfetaminas ou de drogas alucinógenas como o LSD, entre outras.

➤ **Sucesos vitais:** Son acontecementos da vida que teñen unha carga estresante importante para a persoa que os padece. Suponse que unha persoa con certa predisposición á esquizofrenia, en presenza dun cúmulo de sucesos vitais poderíase manifestar a enfermidade.

Hai que ter en conta que unha situación pode ser estresante para unha persoa e para outra non. As persoas vulnerables entrarían en crise ante situacións de estrés que outros menos vulnerables serían capaces de resistir.

É importante recoñecer que o grao de vulnerabilidade dunha persoa está modulado polas habilidades e recursos persoais para afrontar situacións difíciles e tamén polos apoios sociais e afectivos con que o suxeito conta.

Exemplos de **sucesos vitais estresantes**: vivir nun ambiente familiar moi crispado, con enfrontamentos entre os seus membros, ou con algún familiar moi nervioso ou ansioso, os conflitos familiares, os cambios inesperados nas rutinas domésticas, ter que afrontar novas esixencias. Loxicamente sucesos graves poden desestabilizar a calquera e facerlle

experimentar un sufrimento psicolóxico. A morte dun ser querido, os problemas económicos ou o cambio de domicilio, a perda do traballo ou ter que abandonar a súa vida protexida no seo da súa familia de orixe, por matrimonio ou traballo.

- **Estímulos ambientais:** Cando unha persoa sofre unha crise esquizofrénica por primeira vez e é ingresada nun hospital, loxicamente a familia alármase e cando a persoa afectada logra a súa compensación, todos queren volver á plena normalidade e esquecer o máis rapidamente posible o pesadelo que viviron. Os pais pretenden que o seu fillo se reintegre á vida de estudo ou traballo, de relacións cos demais, de proxectos, coma se nada acontecese. Desexos polo demais normais, pero é aquí onde poden comezar os erros. Unha persoa vulnerable a experimentar crises esquizofrénicas é moi dependente do grao óptimo de estimulación que resiste.

Un exceso de estimulación pode traducirse nun considerable estrés e dar lugar á aparición de síntomas positivos. Por outro lado, unha pobre estimulación, un ambiente de escasa esixencia, poden dar lugar a un incremento dos síntomas negativos da enfermidade.

Ⓢ **Factores que incrementan o risco de crise.**

- ☑ Abandono da medicación antipsicótica. Comprobase cientificamente que o abandono do tratamento médico provoca crise con agudización dos síntomas nos trastornos esquizofrénicos.
- ☑ Considerar á persoa afectada coma unha persoa enferma e incapaz de asumir as súas responsabilidades e de comportarse con autonomía. Esta actitude pode incrementar os síntomas negativos.
- ☑ Non potenciar os aspectos sans do afectado por enfermidade mental. É moi importante estimular aficións, habilidades, novas aprendizaxes. Especialmente útil é incorporar á persoa nas rutinas da vida diaria: o arranxo e coidado do seu cuarto e as súas cousas, a roupa, as compras. Se é posible debe seguir algúns estudos ou aprendizaxes, practicar deportes e todo aquilo que implique unha vida activa.
- ☑ Vivir nun ambiente con moita carga emocional. Onde se empregue a crítica continua ou a descalificación da persoa.
- ☑ Que os pais ou as persoas coas que convive estean moi sobreimplicadas, intentando supervisar tódolos aspectos da vida do seu familiar afectado, abandonando progresivamente a súa vida social e os apoios socioafectivos. Esta actitude pode incrementar os síntomas negativos e tamén crear nos cuidadores un sentimento de desesperación, illamento ou amosarse deprimidos e/ou ansiosos.
- ☑ Falla de autoestima motivada porque a persoa é consciente de que necesita unha medicación para ter a súa enfermidade controlada e isto o deprime. A perda de autoestima leva ao enfermo a desconfiar das súas habilidades e faise especialmente importante a loanza dos seus logros diarios e axudarlle a descubrir novas habilidades que o fagan sentir ben consigo mesmo.

Desfagámonos dos mitos sobre a Esquizofrenia.

Coma na maioría das enfermidades mentais existen mitos que fan que temamos máis á enfermidade, aquí propoñemos algúns dos mitos da esquizofrenia, aínda que non estarán tódolos que son:

Mito 1: A esquizofrenia é para sempre.

REALIDADE: Existe unha gran heteroxeneidade no curso e desenlace dos trastornos esquizofrénicos.

Mito 2: As persoas con esquizofrenia experimentan graves deterioros e discapacidades que lles impiden o desempeño social e laboral.

REALIDADE: Cunha axeitada rehabilitación e reinserción social, con apoio, poden acadar niveis satisfactorios na vida familiar, ocupacional e social.

Mito 3: Tódalas persoas afectadas por esquizofrenia aseméllanse.

REALIDADE: Existe unha ampla heteroxeneidade individual dentro de cada categoría diagnóstica. A historia persoal dependerá de factores individuais e ambientais e non principalmente da doenza.

Mito 4: A rehabilitación só pode prescribirse despois da compensación.

REALIDADE: A rehabilitación debe comezar dende o primeiro momento.

Mito 5: Os abordaxes psicoterapéuticos non serven de nada nos trastornos esquizofrénicos.

REALIDADE: As axudas e terapias psicolóxicas son fundamentais para a integración da experiencia psicótica e a estimulación dos aspectos conservados da Personalidade, a motivación e a ocupación. A abordaxe terapéutica é interdisciplinar.

Mito 6: As familias son os responsables do comezo da esquizofrenia.

REALIDADE: As familias son os principais cuidadores e soportes comunitarios.

Mito 7: Só podemos lograr que cumpran coa toma do medicamento aumentando os controis e supervisión sobre o paciente.

REALIDADE: As persoas afectadas por esquizofrenia podese traballar para desenvolver hábitos de autoadministración da medicación, de autocoidado e autoestima.

Mito 8: As persoas con esquizofrenia son perigosas e propensas a cometer atrocidades.

REALIDADE: Aínda que os medios de comunicación se empeñen en facer noticia das agresións cometidas por unha persoa con enfermidade mental, polo rechamante que é. A maioría destas accións son cometidas por persoas sen ningún tipo de diagnóstico.

Mito 9: A Esquizofrenia é un castigo de Deus, unha maldición ou posesión diabólica.

REALIDADE: No mundo actual moitas persoas pensan que isto é certo. Buscan solucións e axuda en "curandeiros", ou exorcistas, podendo demora-lo inicio ou a continuidade do tratamento médico. En ocasións conviven ambas formas de encarar a enfermidade. Nunca debe faltar a rehabilitación psicosocial, o medicamento axeitado e a psicoterapia.

¿ Qué tratamentos hai?

O tratamento dos trastornos esquizofrénicos debe abordarse de modo global cunha ampla variedade de recursos asistenciais. Os recursos deben ser:

- ☑ Médicos e Farmacolóxicos.
- ☑ Psicoterapéuticos.
- ☑ Rehabilitadores (rehabilitación psicosocial, ocupacional e laboral).
- ☑ Familiares (apoio emocional, control do tratamento).

Ningún destes aspectos por si só constitúe unha resposta terapéutica suficiente e única. A prescrición de medicación antipsicótica é un aspecto básico, pero debe ser seguido da atención aos problemas psicolóxicos, tales coma a autoestima e a educación para a adherencia ao tratamento (traballar para que o paciente non abandone a medicación), orientación para a convivencia familiar e as necesidades de ocupación e desenvolvemento persoal que ten a persoa afectada.

Hai persoas que si son tratadas de modo precoz ao inicio da enfermidade poden realizar unha vida normal. En outros casos, a enfermidade terá un impacto máis devastador, requirindo tódolos recursos do sistema para acadar a normalización.

Pequenos "trucos" para inxeri-la medicación

Reglas básica para tomar a medicación

- ✚ Entender as prescricións do médico e facer preguntas.
- ✚ Regularidade na toma (que coincidan coas comidas).
- ✚ Non saltarse unha dose.
- ✚ Tomar só as doses prescritas polo médico.
- ✚ Se esquecen varias tomas, indicarllo ao médico.
- ✚ Empregar sinais que recorden toma-la medicación.
- ✚ Levarse a medicación se sae fóra de casa.
- ✚ Toma-la medicación con auga ou zume.
- ✚ Ter o envase ben pechado, mira-la caducidade.
- ✚ Non beber alcohol, nin tomar drogas.
- ✚ Falar co médico dos efectos secundarios.
- ✚ No deixa-la medicación, aínda que se atope moi ben.

Actitude ante os efectos secundarios dos antipsicóticos.

Hai que ser conscientes de que tódolos fármacos que se prescriben para calquera problema médico son susceptibles de producir efectos indesexables, por iso é fundamental que sexan controlados polo médico. Calquera molestia que se presente debería ser consultada co psiquiatra, quen poderá valorar o tratamento axeitado.

Os antipsicóticos non son unha excepción. Deberemos recordarlle sempre ao paciente que os beneficios que se conseguen co tratamento serán sempre maiores cos efectos indesexables ou o risco de que estes aparezan. Estes beneficios son fundamentais para unha vida normalizada.

Tamén debemos confiar en eles e non ter unha actitude de sobreprotección, ter unha esquizofrenia non ten porqué ser sinónimo de incapacidade total para levar a cabo distintas tarefas. Darlle un voto de confianza!

¿Cómo mellora-la aceptación da medicación?

En moitos casos os pacientes néganse a toma-la medicación, estas son algunhas recomendacións para superar esta resistencia:

- ✘ Facer acordos entre a familia e a persoa afectada e considera-la toma de medicación coma un requisito indispensable.
- ✘ Establecer límites na convivencia e explicarlle que os trastornos máis graves da conducta están relacionados coa suspensión da medicación.
- ✘ Educar á persoa afectada na importancia da medicación. Promove-la figura do psiquiatra e demais profesionais da saúde como fonte de información sobre estes fármacos.
- ✘ escoitar e responder ás preocupacións que ten a persoa afectada sobre a súa medicación: Molestias estomacais, efectos secundarios neurolóxicos o somáticos como o sobrepeso, sentimentos de discapacidade. Hai que ser sensible aos sentimentos e molestias que ten a persoa en relación coa medicación.
- ✘ Se o doente ten resistencia a tomar a medicación, faga da toma desta un momento importante entre os dous. Amósese comprensivo pero firme.
- ✘ Comente co psiquiatra as molestias que a persoa afectada experimenta coa medicación.

¡AXILIDADE, A CRISE PODE APARECER!

¿Pódense anticipa-las crises? Qué facer para afrontalas

Na experiencia de convivir cunha persoa vulnerable a padecer episodios esquizofrénicos, é fácil recoñecer que os trastornos presentan diversas fases. Xa comentamos as diferentes fases que se presenta, e como na fase de compensación a persoa, sen estar curada, mantén unha axeitada relación coa realidade.

Débese estimular axeitadamente á persoa para que responda ás esixencias dunha vida normalizada. Esta estimulación débese regular de acordo co seu grado de vulnerabilidade.

A fase de compensación pode dar paso a unha nova crise si se presentan circunstancias ambientais como tensións ou conflitos, pero tamén circunstancias médicas como a suspensión da medicación ou o consumo de drogas.

PRIMEIRAS EVIDENCIAS DA CRISE

Antes do comezo da crise soen facerse visibles os cambios no comportamento. O primeiro que debemos ter en conta é que en moi raras ocasións, a persoa doente perde repentinamente o control total da súa mente, emoción e/ou comportamento.

Estes cambios no comportamento e no humor indícanos que algo comeza a faiar e que é necesario extremar os cuidados do afectado.

Os primeiros síntomas varían moito dun caso a outro, e incluso nun mesmo suxeito poden variar dunha época a outra. Sen embargo, son doadamente recoñecibles, pois son cambios na conducta habitual ata ese momento.

Algúns síntomas experimentados son:

- Cambios nos ritmos do sono e da actividade.**
- Adoptar actitudes suspicaces ou reticentes.**
- Mostrarse moi preocupado por circunstancias pouco relevantes.**
- Dar importancia inusual a noticias ou comentarios dos medios de comunicación.**
- Obsesionarse con temas relixiosos.**
- Sentirse obxecto da atención de estraños ou persoas pouco relacionadas con él.**

Tamén deben ser considerados síntomas un incremento do comportamento por defecto. Algúns exemplos son:

- Abandono dos hábitos de aseo persoal.**
- Permanecer illado e ensimesmado durante máis tempo.**
- Abandono de actividades que antes das crises lle resultaban agradables.**

Na seguinte lista exporanse una serie actitudes que debe ser tomadas como indicativas. Cada paciente e cada familia deberán levar un rexistro escrito das circunstancias que antecederon a anteriores crises. Este rexistro pode axudar a identificar as situacións anteriores á presentación dunha crise.

Tensión e nerviosismo		
Perda de apetito ou desorganización nas comidas		
Dificultade para concentrarse en actividades habituais		
Dificultade para durmir		
Goza menos das cousas		
Inquietude corporal ou mental		
Falla de memoria		
Depresión e tristeza		
Preocupado só cunha ou dúas cousas		
Ve menos as súas amizades. Tende a illarse		
Pensa que se rin ou falan mal del		
Perda de interese polas súas cousas ou ocupacións habituais		
Pensa con frecuencia en temas relixiosos		
síntese mal sen un motivo claro		
Amósase axitado ou emocionado sen unha causa clara		
Laméntase de que non vale para nada		
Outros cambios que vostede nota antes do comezo da crise		

Actitudes ante as primeiras sinais

Ante a alerta que significa a aparición dos indicadores debemos incrementar as precaucións para previr o comezo da crise. Recorde que a persoa doente probablemente se sinta aterrada polo feito de perder o control mental e emocional. Algunhas actitudes útis poden ser:

- ☑ Asegurarse que toma a medicación na forma e dose prescrita.
- ☑ Solicitar un adiamento da consulta co psiquiatra.
- ☑ Se a persoa afectada se atopa irritable e suspicaz, antes de tentar conversar con el sobre as súas preocupacións, **É MELLOR DEIXAR QUE SE CALME.**
- ☑ Para comezar unha conversa, cuio obxectivo é saber cómo se atopa; **É MELLOR COMEZAR CON UN TEMA DE CONVERSA QUE LLE INTERESE, NON PRE-GUNTARLLE DIRECTAMENTE.** Non mostrarnos obsesionados por saber qué lle acontece, é probable que nin el mesmo o saiba, pode atoparse confuso e desorientado.
- ☑ escoitar **SEMPRE** todo o que queira comunicar, aínda que non esteamos de acordo, ou os contidos das súas preocupacións nos parezan disparatados.
- ☑ **NON REBATIRLLE INMEDIATAMENTE A IRREALIDADE DAS SÚAS PREOCUPACIÓNS,** primeiro manifestar que o comprendemos. Isto **NON SIGNIFICA** que teñamos que levarlle a corrente e asegurarlle que estamos de acordo en que está sendo vixiado por extraterrestres ou polo que lle preocupe. Pola con-

tra, **INSISTIREMOS** en que non podemos aceptar esa crenza pero si nos damos conta de que o está pasando moi mal por esa idea, de que sofre e se sente indefenso.

- ☑ **CHAMALO POLO SEU NOME PARA SACALO DO SEU ENSEMISMAMENTO.**
- ☑ **FACER QUE PARTICIPE NAS ACTIVIDADES FAMILIARES, E LOALO POLA SÚA PARTICIPACION.** Non permitir que se peche en si mesmo.
- ☑ Se a persoa se tranquiliza grazas a nosa actitude de apoio, pode ser o momento para **DISCUTIR** e **POR EN DUDA AS SÚAS CREENZAS DELIRANTES** ou as súas preocupacións. Débese **EVITAR QUE SE EMOCIONE EN EXCESO E VOLTE ALTERARSE.**
- ☑ **REFORZALO POSITIVAMENTE CON FRECUENCIA.** É moi importante aproveitar tódalas ocasións que podamos para demostrarlle o noso afecto. **O APOIO DA FAMILIA É CLAVE PARA AXUDALO A SUPERA-LAS DIFICULTADES.**
- ☑ **SER PACIENTE E TOLERANTE:** É fundamental ca familia non se afunda ante a tensión que pode produci-la aparición de síntomas indicadores de crise inminente. Nestes casos, hai que apoiarse mutuamente para relevarse nos cuidados do paciente. Un familiar non debe levar toda a carga, **COORDINACIÓN**, é importante facer unha **REVISIÓN DOS SENTIMENTOS DE TEMOR E VERGONÑA PARA EVITAR CAER NUNHA CRISE EMOCIONAL, SE NON FOSE SUFICIENTE BUSQUE AXUDA PROFESIONAL.**
Se a familia amosa o seu medo ou o súa dor ante a situación, crearase un clima emocional de alto risco negativo para o afectado.
- ☑ **É MELLOR DIALOGAR QUE EXERCER A AUTORIDADE:** As veces terá a impresión de que a conducta ilóxica do paciente é voluntaria, un desexo perverso de facer dano ou molestar á familia, isto pode provocar unha reacción autoritaria.
As **ACTITUDES AUTORITARIAS, AGRESIVAS** co paciente non van solucionar o problema e si **PODEN PRECIPITA-LA APARICIÓN DE IDEAS DELIRANTES, OUR REACCIÓNS AGRESIVAS NA PERSOA (CARA OBXECTOS, PERSOAS OU CARA SI MESMO).** Por isto é necesario cos restantes membros da familia empreguen o **DIÁLOGO** para darlle un respiro e axudalo a recuperar o control de si mesmo.
- ☑ Buscalos **momentos oportunos** para conversar sobre as súas dificultades. É conveniente establecer límites na súa conducta. Por exemplo: toma medicación,

en caso de observar que non se cumpren ou que a persoa está en risco falar co Psiquiatra que o atende.

- ☑ As actitudes agresivas ou as **agresións NON DEBEN TOLERARSE, INSISTIRLE EN QUE A SÚA PRESENZA É O SINAL DUNHA CRISE.**
- ☑ A familia terá que **COÑECER OS PROPIOS LÍMITES E POSIBILIDADES COMA COIDADORES**, a sentirse apoiados e orientados polos profesionais, e a coñecer os medios e trámites que conlevan as hospitalizacións, entre outros recursos.
- ☑ A familia debe **coidar de si mesma**. Crear entre eles unha forte alianza para apoiarse mutuamente e así ter forzas. Deben **PEDIR AXUDA A OUTROS FAMILIARES, AMIGOS E AOS SERVIZOS DE SAÚDE E SERVIZOS SOCIAIS IMPLICADOS.**

A familia pode beneficiarse dunha terapia se senten que as dificultades os desborda. **OS ESFORZOS DOS COIDADORES PODEN NON SER SUFICIENTE** para evita que a crise apareza e sexa necesario buscar outra alternativa; a persoa que ten que tomar a decisión é o Psiquiatra consúlteo.

Durante unha Crise:

En primeiro lugar debe recordar que **o seu familiar probablemente estará aterrada pola perda do control mental e emocional**. Durante a crise é probable que escoite voces, teña alucinacións. Estas alucinacións poden aumentar o pánico do doente, por exemplo: as voces que escoita poden estar dándolle instrucións que ameazan seriamente a súa vida...

Nun primeiro momento o **COIDADOR DEBE ACEPTAR QUE A PERSOA ESTÁ PASANDO POR UN ESTADO DE ALTERACIÓN DA REALIDADE.**

Debe Mante-la Calma:

- ☑ Eles **NON PODEN RAZOAR DURANTE UNHA CRISE AGUDA.**
- ☑ A persoa está atemorizada polo seu propio sentimento de perda de control.
- ☑ Unha das tarefas fundamentais do coidador será **AXUDAR A RECUPERAR O CONTROL, NON A AXITAR MÁIS A SITUACIÓN.**
- ☑ **FALAR CON CALMA E EN VOZ BAIXA.**
- ☑ Se está so con el, chame a algún familiar ou amigo que se quede con vostede ata que chegue a axuda profesional.
- ☑ Sexa flexible e firme no diálogo. Dígalle que o vai axudar.

- ☑ Explíquelles as cousas con frases sinxelas e concretas.
- ☑ Pida axuda a un profesional. Chame ao seu Centro de Saúde, en horario laboral ou ben a urxencias sanitarias.
- ☑ Garde certa distancia, que o seu corpo non sexa nin obstáculo nin ameaza.

EVITE

- ✗ **GRITAR:** se pensa que non o está a escoitar, recorde que isto pode ser porque probablemente hai outras voces que estean interferindo. Se vostede grita pode asustar ou provocar ao paciente.
- ✗ **AMEAZAR:** Pódese interpretar a ameaza coma unha demostración de poder, o que pode aumentar o seu temor ou incitalo á agresión.
- ✗ **IRRITARSE:** Non discuta con el nin tente cambiarlle as súas ideas
- ✗ **O SARCASMO** como arma. Non critique o que fai ou di.
- ✗ **A BÚSQUEDA DE CULPAS OU CULPABLES.** Non discuta cos demais membros da familia.
- ✗ **AS DISTRACCIÓN:** apague a TV, a radio, lavadora, etc. Pídalle as visitas que sexan inoportunas que se retiren, canta menos xente mellor.
- ✗ **MIRARLO DE MODO DIRECTO E CONTINUO AOS OLLOS.**
- ✗ **TOCALO** pode percibilo como unha "agresión". Séntese e pídalle que se sente tamén.
- ✗ **BLOQUEARLE A SAÍDA.** Tente poñerse na porta a modo de obstáculo pero se quere saír e o seu comportamento agresivo vai escalando NON impida que saia.