

Charla APEF 26 de abril de 2024

Terapia Cognitivo Conductual en esquizofrenia, Lic. Mauro Rafaldi*

** Psicólogo clínico de terapia cognitivo conductual (trabajó en INECO y tiene 10 años de experiencia como docente en la Fundación Favaloro)*

La pregunta de la que podemos partir es: ¿Por qué dentro de las terapias posibles que uno puede recomendar, recomendaría la terapia cognitivo conductual (en adelante: TCC) específicamente a una persona con esquizofrenia?

En principio diremos que dentro de las herramientas que ofrece la psicología como disciplina en general, una disciplina específica con características específicas que se diferencia de otros formatos como el psicoanálisis, o la teoría gestáltica o diferentes formas en las que se aplica la psicología, en este caso la TCC toma como base las teorías de lo que fue el conductismo, en su momento tradicional, y teorías más propias de la *cognición*¹, tomando el concepto de *caja negra*² y su importancia, o sea, los procesos cognitivos que las personas, en general solemos hacer, entre un estímulo, sea cual sea, y la respuesta conductual que damos. Decimos “solemos hacer” porque no es algo que se da en el 100% de los casos.

¿Qué ofrece la TCC? Hay algo del formato muy enfocado en el presente de la persona, de lo que está trayendo que permite encarar directamente cuáles van a ser las problemáticas a trabajar con esta persona, permite encarar como primera medida lo que la persona necesita ir solucionando rápidamente para, tal vez, luego preocuparse de cuestiones más profundas, más graves o que necesitan una solución más a largo plazo. Pero la idea de intervenciones efectivas y rápidas es una de las ideas que guía la TCC y el formato en el que se maneja la terapia y las herramientas que utiliza.

Por lo tanto, en primer lugar vamos a pensar en cuáles son los objetivos que trae la persona, esto se va a determinar a partir de, obviamente, las problemáticas que se hablen en las primeras sesiones, y de dentro de esas problemáticas vamos a tener que hacer un tamiz: cuáles son aquellas que, por un lado pueden y tienen la posibilidad de ser resueltas desde intervenciones de TCC, y por el otro lado también el deseo del paciente o de la familia del

¹ *Cognición*: es un sinónimo prácticamente de pensamiento, las capacidades cognitivas se componen de: atención, memoria, capacidad de planificar, el resultante de lo que nuestra capacidad, tal vez específicamente humana, en algún sentido nos permite, por ejemplo, no ser estímulo-respuesta, sino que haya en el medio un procesamiento de la información. Cognición también es un sinónimo de procesamiento de la información.

² La *caja negra* es el pensamiento, la interpretación que hacemos de la realidad, que es la que luego va a determinar cómo vamos a responder a dicha realidad. Es lo que pasa dentro de la cabeza, se le ha dicho *caja negra* como forma de mostrar la dificultad que hay de observar directamente el proceso de pensamiento. Aunque cada vez se encuentran más maneras de realizar esto.

paciente, de modificar o de buscar soluciones específicamente para esa problemática y no para otra. Habiendo hecho esta jerarquización de problemáticas se comienza a trabajar con el paciente en lo que tiene que ver, primeramente, con conductas y líneas de pensamientos, estructuras o patrones de pensamientos que, obviamente, van a ser determinantes de la conducta, y muchas veces son desajustados, son problemáticos para la persona y es esto lo que buscaremos primero identificar y analizar, por qué no son las mejores líneas de pensamiento, y luego buscar la forma de modificarlas. Asimismo, se tiene mucho en cuenta la conducta, porque a veces (y esto también es una cuestión bastante interesante a tener en cuenta), no solamente tenemos una determinación de la conducta por parte de la cognición, sino que hay un ida y vuelta entre ambas: la conducta también va a determinar la forma en la que pensamos, lo que hacemos en el día a día y cómo nos manejamos. Por lo tanto, la intervención de la TCC también es sobre la conducta, no es solamente a nivel de lo cognitivo y los patrones de pensamientos.

La idea de un objetivo, además de que sea algo traído por el paciente, que sea algo importante para él y se vaya resolviendo, tiene que poder ser medible, objetivable, para poder ir determinando los progresos y las necesidades de modificaciones de rumbo durante el tratamiento. Por el otro lado, la importancia de que sea algo que se pueda conseguir, lo último que queremos en esta terapéutica justamente es poner a la persona a tratar de lograr algo que no va a poder lograr, que se frustre, y que sea contraproducente. Entonces los objetivos tienen que ser reales, lógicos, posibles y que permitan una medición de alguna forma u otra. Obviamente no estamos hablando algo estrictamente medible, como por ejemplo una estadística, sino de una forma de ver si se pudo ir logrando el objetivo o no.

A partir de que determinamos los objetivos, vamos a desplegar las herramientas que, como terapeutas, buscaremos transmitir al paciente. La idea principal, por lo menos la que al Lic. Rafaldi le gusta seguir en su tratamiento, es que existe una gran cantidad de herramientas teóricas que los terapeutas pueden leer en los libros y una vez llevadas a la realidad y a la vida cotidiana del paciente, algunas van a servir más, otras van a servir menos. Por lo tanto, no tenemos la forma de saber de antemano cuáles van a ser las más útiles. Entonces se le ofrecen al paciente diferentes herramientas, y el paciente toma las que le van sirviendo y las que no, las descarta. La idea es siempre incentivar al paciente a que pueda utilizar estas herramientas en su vida diaria justamente para ponerlas a prueba y para ver si le son funcionales.

Respecto de las herramientas, una que se utiliza mucho en la TCC tiene que ver con el diálogo en formato pregunta, diálogo socrático, para ir repensando lo que la persona plantea y cómo lo plantea; y repreguntar justamente como hablamos antes de patrones de pensamiento, si le parece que la interpretación que tuvo sobre lo sucedido es la única posible. Un primer paso es mostrar a la persona que hay más interpretaciones posibles de lo que sucedió. Y después pensar si hay alguna interpretación más correcta que la que hizo la persona, porque ir directamente a marcarle que existirían otras interpretaciones más correctas, tal vez, es chocante. Otra recomendación que se hace rápidamente al paciente es tanto él como el terapeuta (el Lic. Rafaldi lo toma muy muy al pie de la letra y trata de que en su práctica diaria esté muy presente) lleven un registro de todo lo que se va trabajando, de todo lo que se habla preferentemente en la consulta y darle su lugar a cada una de estas cuestiones en relación a los objetivos. Llevar un registro que permita al terapeuta saber cómo está la persona en el momento cero, que es el día de la primera visita, y cómo esa persona va pudiendo crecer, tomar las herramientas, mejorar, o no tal vez. La TCC tiene, dentro de la psicología, una base más bien científica en el sentido de que tiene métodos que han demostrado, en estudios

científicos, que se puede sospechar que son la causa de la mejoría de la persona y no otras variables. En ese sentido es un método científico, tiene formas de evaluar cosas para poder luego trabajar sobre eso, formas de evaluación medianamente objetivables, por lo tanto, tiene un método medianamente científico. Por todo esto uno puede tomar esa línea de cómo ir manejándose de forma científica más o menos dentro de los márgenes. El Lic. Rafaldi trata de ir por el camino más cercano a lo científico. Por eso cree que es importante que, tanto él como el paciente o la familia, escriban lo que va pasando, los resultados que van viendo, dándole a esto una temporalidad para establecer una suerte de mejoría en el tiempo o no.

Otra cuestión muy común que habrán escuchado cuando su familiar comenzó a hacer TCC, sobre todo si venían de otro tipo de terapia, es que les debe haber dicho rápidamente: “Me dejó para hacer tareas, me dio para hacer cosas”. Esta es una de las herramientas principales que tiene la TCC para generar un hilo conductor entre las sesiones, para tener algo que la persona vaya pudiendo desarrollar, y que no sea solamente, como en otras terapias donde la persona viene durante un tiempo determinado 40, 45 minutos o una hora, habla y luego se va a su casa y tal vez puede pensar en lo que habló, pero no hay algo específico para hacer. La TCC trata de que toda sesión termine con algo específicamente para hacer, que puede ser dentro de lo conductual o puede ser dentro de lo cognitivo, o puede ser dentro de aquello que está en el interjuego que hay entre lo cognitivo y lo conductual. Por lo tanto, esto de las tareas probablemente ya se vea desde el comienzo de una TCC. No se le aclara al paciente que no hay forma de que el terapeuta pueda obligarlo a hacer nada, es una recomendación, pero si el paciente puede ir haciendo esas tareas que se plantean, que serían beneficiosas, seguramente a la corta o a la larga obtendrá los beneficios de hacerlas; si no las hace, no hay problema, obviamente. Por eso esta aclaración es muy importante, porque en el caso de la patología específica que estamos hablando, hay que tener mucho cuidado con los objetivos que se plantean y que no sean objetivos que superen las posibilidades que tiene la persona. En ese momento es muy importante cómo se hace la evaluación. Nosotros trabajamos en equipo, la persona que llega derivada con un diagnóstico de esquizofrenia, en general, por un psiquiatra o lo acompaña la familia, pero viene con un diagnóstico psiquiátrico. Entonces la evaluación muchas veces viene dada de antemano, se puede obviamente ampliar y hacer algún psicodiagnóstico propio como profesional, pero la evaluación está dada. Sí se hace la evaluación de las capacidades que tiene la persona, y ahí es muy importante el ojo del profesional en la entrevista, se pueden hacer test cognitivos, inventarios de diferentes situaciones específicas, como depresión, o de situaciones vitales. Pero en principio lo más confiable, aquello en lo que más nos vamos a basar, probablemente sea en el ojo clínico en las primeras sesiones para ir determinando con quién estamos tratando y cómo podemos avanzar.

Una de las situaciones específicas que van a aparecer muchísimo en la práctica del día a día de un psicólogo sobre todo de TCC, se relaciona con la frustración, y esto tiene que ver con los estresores de la vida diaria, cualquiera sean esos estresores van a aparecer muy probablemente acentuados o agravados por la misma patología. Por lo tanto, una de las primeras cosas en las que tenemos que hacer hincapié y dar herramientas para que la persona pueda empezar a mejorar tiene que ver con cómo mejorar el manejo de las situaciones estresantes del día a día. Esto está relacionado con la forma en que las interpretamos, tiene que ver con la psicoeducación, entender qué es el estrés, por qué aparece, qué función cumple el estrés en la vida de una persona y también obviamente entender por qué una situación estresante puede representarse con mucha mayor gravedad para una persona con esquizofrenia que para otra persona, porque esta persona ya llega con una dificultad previa a la situación de estrés, y se le agrega una situación de estrés y muchos de los de los atenuantes de

una situación de estrés, a veces, están complicados, como por ejemplo, las habilidades sociales: se sabe que una herramienta con la que contamos para situaciones de estrés es nuestro apoyo social, la red de contención social con la que contamos. Sabemos que las personas con esquizofrenia en muchos casos tienen esas redes sociales de contención más pequeñas o más lábiles que otras personas, por lo tanto, esto agrega una dificultad. Algo que se trata de construir es justamente esa red de contención trabajando sobre las habilidades sociales.

La efectividad de la TCC ha demostrado ser mayor en la medida que se combine con otros tratamientos, sobre todo en esquizofrenia, obviamente con el tratamiento medicamentoso recomendado por el psiquiatra que sigue el caso específico.

¿Cómo ayudar al paciente cuando este se niega a hacer terapia? Es importante plantear (el Lic. Rafaldi también se lo pregunta) sobre quién convendría tal vez trabajar con la TCC, o si sería necesario o posible tal vez trabajar con flexibilidad sobre el paciente cuando el paciente puede venir. Y si el paciente no quiere o no puede venir o hay alguna problemática por la cual no viene, tratar de trabajar con algún familiar o con la familia completa o con los que quieran venir de la familia. Porque también eso es una familia, puede estar compuesta por varios miembros, pero no todos pueden tener la misma disponibilidad y predisposición para aprender sobre la patología del familiar y tratar de ayudarlo o acercarse a un espacio terapéutico. Entonces teniendo en cuenta eso a veces se trabaja con la familia y otras veces con el paciente, tendríamos que tratar de que existiese una flexibilidad tal que no se pierda el espacio y que continúe.

Hay diferentes motivos que van a determinar la duración del tratamiento, y esto para anticipar a la persona que llega con la necesidad de que le digamos cuánto puede llegar a durar nuestro tratamiento, y por qué y demás cuestiones, obviamente vamos a estar hablando no solamente del tipo de dificultades, de la problemática de la patología sino también de la gravedad de la misma, del tiempo que hace que esta patología se ha ido desarrollando, y por lo tanto, se ha ido formando una suerte de cronicidad, las capacidades que tiene la persona, las capacidades que ha mostrado en el pasado de evolución hacia un lado o hacia el otro, la necesidad de actuar rápidamente y si existe esa necesidad se puede probar una modalidad de dos veces por semana, la modalidad típica de los encuentros de TCC es la típica de la psicología que es de una vez por semana, pero obviamente eso puede modificarse. La recomendación del Lic. Rafaldi es empezar con una vez por semana y si existe la necesidad aumentar a dos veces por semana. Y luego, ya en el periodo de alta, empezar a reducir la frecuencia a cada 15 días y luego, tal vez, un control mensual, control en el cual básicamente se hace el chequeo de herramientas, de ir viendo si la persona está haciendo uso de lo que se fue hablando y empezar a ver si se puede ir soltando a la persona, entendiendo que la mejor expresión de que nuestros objetivos fueron cumplidos es que la persona ya no nos necesite.

Uno de los beneficios que tiene la TCC, sobre todo si uno lo compara con el psicoanálisis es la duración: un trabajo terapéutico en TCC específico (definimos la problemática que se quiere trabajar) llegamos a un resultado en 10, 15 o 20 sesiones; comparándolo con el trabajo desde el psicoanálisis una problemática tal vez similar se puede trabajar durante un año, un año y medio o dos años, hay una comparación que surge rápidamente en cuanto a la temporalidad. Y hay algo de la temporalidad que se tiene que tener muy en cuenta, sobre todo cuando se

trabaja con esquizofrenia, porque ustedes sabrán y verán en sus familiares que, sin mayor motivo y tal vez sin mucho anticipo, puede suceder que el paciente decida faltar no una vez, o no querer una sesión, sino directamente desentenderse completamente del tratamiento y del terapeuta, es algo que sucede. A veces uno como terapeuta no tiene mayores herramientas porque justamente es parte también de la patología que la persona un día no quiera o no se sienta cómoda para seguir hablando con el terapeuta, o incluso desarrolle una forma medianamente paranoide hacia el mismo terapeuta. Esto puede suceder tranquilamente, por un malentendido, que el paciente no sabía que el terapeuta hablaba con los familiares y de repente se entera, y empieza a sospechar que la charla con los familiares se refiere a algo que él no quiere que la familia sepa y se genera una dificultad en el tratamiento. Y en muchos casos lo interrumpe. Por eso el Lic. Rafaldi cree que una terapia que permite entregar al paciente una serie de herramientas desde la primera sesión, aunque sea un tiempo corto, permite saber que algo va a quedarle al paciente para que pueda seguir. Y si se puede hablar con la familia, y alguien de la familia está dispuesto y quiere tomar el lugar del paciente y seguir con el trabajo terapéutico de psicoeducación, de adquisición de herramientas para poder ayudar a ese paciente, por supuesto que se continúa, obviamente con la aprobación del paciente. Porque si un paciente no está de acuerdo o se desarrolló algo en contra del terapeuta va a ser contraproducente.

En esta terapia no se trabaja sobre la causa de los problemas, sino que se enfoca en qué problemas vamos a trabajar, hay cuestiones del presente del paciente y problemáticas que dificultan la vida cotidiana, la forma en la que la persona se desarrolla, hay dificultades que se trabajarían que incluso deberían tal vez trabajarse desde el psicoanálisis. Nosotros trabajamos de una manera que nos permite abarcar muchas problemáticas del presente del paciente buscando soluciones desde lo que el paciente puede hacer en su vida cotidiana, cambios en la vida cotidiana para estar mejor.

Una vez identificados y jerarquizados los problemas, se comienza a trabajar sobre un determinado problema, sobre el cual se van a observar dos cosas principales: las estructuras de pensamiento que hay en relación a ese problema, y las conductas que la persona suele tener sobre ese problema. Se le pide a la persona que escriba todo lo que le parezca necesario, se le puede dar una organización, como por ejemplo que escriba cuál fue el pensamiento que apareció, cuál fue la respuesta corporal que hubo, qué situación fue la que desencadenó el pensamiento, cuáles fueron los atenuantes o agravantes que pudo encontrar para salir de la situación, incluso hasta se puede pedir una puntuación, para hablar de cuestiones más cuantificables y científicas. Si nosotros, por ejemplo, empezamos con una persona y le pedimos que cuantifique sus situaciones de estrés y todas son evaluadas con un 10, luego cuando empezamos a trabajar empiezan a aparecer puntuaciones de 9, 8, 6 nos podemos dar cuenta que hay una mejoría cuantificable y eso nos permite observar la posibilidad de lograr los objetivos.

Una vez que encontramos cuáles son los pensamientos y las conductas que a la persona no le están conviniendo, no le están sirviendo, no le están siendo funcionales tratamos de ver cómo se pueden modificar, entendiendo que son modificaciones conductuales que suelen ser lentas a veces, para lo que uno quisiera, necesitan la constancia y el compromiso de la persona, y se van a ir dando en la medida en que la persona se comprometa a hacer su parte, a hacer las tareas que se le van indicando, con cumplir con lo que se pensó en cada sesión acerca de lo que hay que ir haciendo.

La psicoeducación es una de las herramientas más importantes con las que contamos en la TCC, entender la lógica detrás de las problemáticas que puede traer una persona cuando se puede. Un área en la que trabajamos bastante es en el manejo de situaciones estresantes: hay una lógica detrás de las situaciones estresantes, de lo que producen en el cuerpo, de por qué nos estresamos y qué significa estresarse y demás cuestiones, que en mi caso vienen más del lado de la medicina (el año pasado el Lic. Rafaldi se recibió de médico, aunque todavía no tiene un recorrido como médico). Pero dentro de los conocimientos que pudo adquirir hay muchos relacionados con entender la fisiología del estrés, cómo opera el estrés en el cuerpo. Y esto a veces ayuda a la persona a entender qué es lo que le está pasando y qué formas tiene de manejarlo. El terapeuta trata de explicar, por ejemplo, técnicas de relajación muscular, técnicas de respiración, y cuando se incentiva a la persona a hacer actividad física, a mejorar su alimentación y su descanso, está bueno explicarle por qué todo eso, y no solamente decirle “hay que comer bien”, que está bien, pero la pregunta es *por qué*, y esta pregunta la puede hacer cualquier paciente, incluida una persona con esquizofrenia. Es muy importante aprender sobre lo que vive la persona, sobre cómo se puede lidiar con lo que le pasa y también ir aprendiendo todas las herramientas que uno le puede brindar.

Ampliación del concepto de estructura de pensamiento

Estructura de pensamiento o línea de pensamiento: se refiere a la forma en la que una persona interpreta determinadas cuestiones, son los patrones de pensamiento que nos identifican bastante como persona, ante una misma situación hay personas que interpretan que pasó algo malo, que hubo algo negativo y otras personas interpretan algo totalmente distinto. Hacemos mucho hincapié en la estructura de pensamiento porque entendemos que ahí es donde hay un elemento modificable y la modificación puede traer muy buenos resultados. Las creencias son formas en que uno interpreta la realidad, por supuesto existe la posibilidad de que una persona modifique sus creencias o no, obviamente eso va a depender de la persona, hay creencias mucho más arraigadas, pero si uno identifica que alguna creencia que tiene la persona le resulta contraproducente, entonces uno debe plantearlo. Un ejemplo que se escucha mucho en el consultorio, y el Lic. Rafaldi invita a ir mejorando, es el uso de palabras muy absolutas, como *todo*, *nada*, *siempre*, *nunca* son palabras que no suelen ayudarnos. Por ejemplo:

Terapeuta: “¿Qué hiciste esta semana con respecto a lo que hablamos la semana pasada de empezar a hacer actividad física?”

Paciente: “No hice nada.”

Entonces el terapeuta toma lo que acaba de decir el paciente con la palabra *nada* muy marcada y le dice:

Terapeuta: “Pero, por ejemplo, contame cómo fue tu lunes.”

Paciente: “El lunes me levanté a la mañana, fui a la facultad.”

Terapeuta: “Ok. ¿Y cómo fuiste a la facultad?”

Paciente: “Caminando.”

Terapeuta: “Bueno, pero caminar es una actividad física. Entonces la palabra *nada* con la que arrancas a hablar y con la que estás interpretando la realidad, es errónea.”

Todo esto, por supuesto, viene acompañado de un malestar emocional, porque la persona cuando dice *no hice absolutamente nada de lo que hablamos*, lo dice como una problemática, porque vino a tratar de tener un cambio conductual e incorporar actividad física en su vida porque entendió que es algo necesario. Nosotros no trabajamos sobre qué actividad física hacer, o cómo hay que ir a la actividad física, sí se puede trabajar obviamente con la persona en tratar de identificar cuál es la actividad física más apropiada para esta persona. Lo que se va a trabajar en especial es recomendar actividad física y otros hábitos saludables, muchas veces esto es parte de TCC.

Los patrones de pensamientos son lo que pasa a través de nuestra psiquis, determinan en muchos casos, la forma en la que nos comportamos, los patrones de comportamiento que tenemos, y hay una retroalimentación mutua entre ambos. A su vez los patrones de conducta que tenemos determinan los patrones de pensamiento. El ejemplo anterior, cuando la persona ya llega pensando que no hizo nada sobre su actividad física, probablemente no haga ni un poco, porque ya arranca con la idea de que no hizo nada. Cuando el terapeuta puede romper un poco esa idea y empezar a mostrarle que algo pudo ir haciendo, entonces la persona ya empieza motivarse. Y hay algo de la motivación también que va a estar determinado por la forma en la que interpretamos lo que estamos haciendo.

Otras herramientas que al Lic. Rafaldi le gusta incorporar en el día a día de una TCC, son los conceptos de autoconocimiento, de autocuidado, y de auto obligación (de obligarse uno mismo): son conceptos que van muy de la mano y que son la parte en la que uno se compromete con lo que está haciendo y allí empieza el cambio. En determinados momentos es necesario tener la capacidad de llevarse uno mismo a hacer ese cambio conductual para lograr lo que uno desea, y eso según el Lic. Rafaldi tiene que ver con esta capacidad de poder convencerse o autoconvencerse (si es que la palabra “obligarse” resulta muy fuerte) uno mismo de que lo que tiene que hacer es lo mejor.

PREGUNTAS

1. ¿Tiene que estar tomando medicación? ¿Tiene que estar compensado?

La estabilidad, por lo menos relativa del paciente es necesaria para poder empezar a trabajar. Es necesario que tenga ganas de venir a trabajar con el terapeuta, que tenga la posibilidad de intercambio, de repreguntar, de analizar. En principio una persona que no está medianamente estable con la medicación difícilmente pueda lograrlo, en esta y en otras patologías pasa similar, si estuviéramos hablando, por ejemplo, de una depresión sería relativamente similar, no habría forma de comenzar a avanzar con un tratamiento si la otra persona no puede hacer su parte. El terapeuta hace espejo con el paciente, y el terapeuta solo no tiene mucho trabajo posible. Y además en general llega con este diagnóstico dado por el psiquiatra. El tratamiento farmacológico, en el caso de la esquizofrenia, es muy importante porque si no, no se puede trabajar.

2. ¿Cómo se trabaja desde la TCC con las alucinaciones y los delirios del paciente? ¿Cuál sería el momento óptimo? Si dice: “el televisor me habla”, ¿es una creencia?

Eduardo Herrera realiza una intervención:

Primero está el tratamiento farmacológico para poder atenuar alucinaciones y bajar el pensamiento para poder trabajar.

Nosotros dividimos los estados y decimos que hay una convalecencia, una rehabilitación y una recuperación y, en general, pensamos que conviene incluir las terapias de recuperación cuando ya está estabilizado. No hay muchas diferencias con respecto a los estados de ánimo a lo largo del día, aunque a veces incorporemos alguna terapia como para hacer acompañamiento, como sostén también para la familia, para que la familia no se cargue con las preguntas, en psicoeducación hay ciertas preguntas como “estoy aburrido” que conviene que se la haga al psicólogo y no que se la haga todos los días a la familia, por lo menos una vez por semana lo trabajará con el psicólogo.

Que el televisor le hable, realmente es más un delirio que una creencia.

Lic. Mauro Rafaldi:

Tal vez el paciente lo transmitirá como una creencia y con un convencimiento, pero nosotros sabemos que no es así.

Es importante que cuando llegue a trabajar con nosotros primero haya comenzado el tratamiento psiquiátrico, habiendo hecho el período de estabilización de esa medicación que empieza a hacer efecto y entonces la persona puede empezar a desplegar algo de lo que quiere. Porque también es eso, en la terapia se trabaja mucho en conocer la problemática y cuáles son las herramientas que se pueden tener para solucionarla. Pero en el fondo el objetivo tiene que estar puesto en lograr una calidad de vida, lo importante es que el paciente tenga ese deseo de calidad de vida. La posibilidad de empezar un tratamiento va apareciendo cuando también él lo expresa, lo importante es poder ofrecer herramientas. Y esto es lo positivo de este tipo de charlas ahora, porque quienes escuchan esta charla pueden o no ofrecer esta herramienta a quien que la puede necesitar. Y la persona la tomará cuando sea posible. Y el comienzo anticipado durante la rehabilitación y no en la recuperación puede ser positivo también. A lo mejor puede suceder que una de las etapas la persona hace la terapia con un terapeuta, después pasa a otro. Respecto de los síntomas, la idea es que la persona llegue con la menor cantidad de síntomas posibles, aquellos que pueden ser trabajados desde lo medicamentoso, pero obviamente van a persistir, van a aparecer leves o esporádicos (por ej. una alucinación o un delirio) entonces se los puede trabajar con las herramientas antes descriptas, entendiendo que un delirio o una alucinación son interpretaciones erróneas de la realidad, si el paciente tal vez las escribe puede ser capaz de analizarlas y entender dónde estuvo lo irracional de su entendimiento o no. También a veces no va a entender que lo que está planteando no es real, o lo va a plantear como una creencia: “el televisor me habla”, sería interesante, en este caso, preguntarle qué le dice, cuándo se lo dice, por qué se lo dice, y analizar con él y ver si luego de ese análisis y con el acompañamiento de la psiquiatría se puede lograr que la persona salga de algunas de esas ideas delirantes.

3. ¿Es lo mismo, es el mismo beneficio la terapia presencial que la virtual?

Como terapeuta hago una mención de que después de la pandemia se permitió y se habilitó mucho lo virtual y yo creo que tiene un gran beneficio en algunos aspectos, como por ejemplo cuando el familiar no quiere ir a la terapia, en ese caso es una solución, y es la posibilidad de

que no se pierda esa sesión. Pero tiene sus contras: para mí no es lo mismo, y no es tanto referido a la efectividad en el logro de los objetivos, como a la comodidad que el paciente tenga para hablar en su casa, que no tenga la sensación de que lo están escuchando, y vuelva un poco a los delirios, el espacio terapéutico es un espacio privado donde puede decir lo que quiere y nadie lo está escuchando.

Eduardo Herrera realiza una intervención:

Nosotros decimos que las etapas después de una internación son rehabilitación, recuperación y seque la socialización o la construcción de la socialización está al final del camino, si bien puede socializar, pero generalmente luego de una internación están muy para adentro, con la computadora, en casa y después hay una nueva construcción en la recuperación y después cada socialización es un caso nuevo, sea que estudie o trabaje o tenga una novia, hay que ir viendo cómo evoluciona la enfermedad. Esto es para introducir esta pregunta:

4. Mi hijo de 20 años tiene esquizofrenia y quiere tener novia, le decimos cosas concretas que puede decirle para iniciar la charla, pero el problema es que la otra persona le cambia el libreto y ahí no sabe qué hacer.

Algo que se trabaja mucho en TCC tiene que ver con mejorar las habilidades sociales. Una de las herramientas que se suelen usar y que da muy buen resultado es el *role playing*, ejercitar estas conversaciones, en especial con algún hermano o hermana, o un primo, alguien una edad más cercana porque hacerlo con alguno de los padres puede resultar un poco incómodo. Y si no, obviamente, con el terapeuta que para eso están y tienen herramientas específicas para para eso.

Con referencia a lo que se mencionó antes de las expresiones “me aburro”, “qué hago con el tiempo, con mi tiempo libre”, “no tengo nada que hacer”, “no tengo futuro”, “qué voy a hacer”, el Lic. Rafaldi invita muchas veces a los pacientes a mirar series o películas, no libremente, sino justamente, por un lado para tratar de ocupar positivamente el tiempo (muchas veces se critica la idea de que mirar una serie sea considerado como ocupar positivamente el tiempo); y por otro lado, y es lo que se trabaja en las sesiones, la invitación a observar en *determinada* serie recomendada por el terapeuta, *determinadas* actitudes y situaciones que el paciente trajo a la sesión y que se le recomienda mirar en lo que sería un *role playing* pero de personas reales, en una situación real, donde puede ver la reacción de diferentes personas ante diferentes situaciones. Luego eso lo trae a la sesión y se habla, se le plantea si vio cómo se comportó tal personaje o tal otro. Esto tiene que ver con el aprendizaje a partir de la imitación que, particularmente en personas que tienen tan deteriorada la actividad social es un comienzo.

Eduardo comenta que su hijo se reúne con un grupo de personas para charlar sobre la seducción desde el punto de vista de cómo ser empático con los demás y es un trabajo muy interesante.

El Lic. Rafaldi agrega que es una dificultad enorme con la que se encuentran los pacientes y es limitante en muchos aspectos porque no les permite aprender cosas que nosotros aprendemos de nuestros pares, porque hay cosas que no las enseñan ni la escuela ni las personas que cronológicamente están por encima o por debajo de nosotros. En cambio, son los pares, los amigos, la novia, el grupo de parejas, ver cómo un amigo se comporta con su novia quienes

enseñan este desempeño social. Al estar limitados en ese aspecto darles, aunque sea algo para observar y aprender para que en el futuro encaren estas situaciones con un conocimiento previo, es muy bueno. Esto es un acercamiento, no una solución, pero permite solucionar dos cuestiones: una es qué hago con mi tiempo libre y otra es mirar a otras personas relacionarse y entrenar sus habilidades sociales. También la persona podría salir a la calle y observar a la gente, pero esto puede ser incómodo para sí mismo para otros que se sienten observados, también puede ser peligroso justamente por la incomodidad que puede causarle a una pareja que se siente observada.

5. ¿Qué opinas sobre un paciente que es acompañado por una persona que tiene sus mismos patrones de pensamiento como paranoias y persecuciones, e impide a la persona que reciba la terapia, que la ayude a mejorar sus pensamientos rígidos? ¿Qué se puede hacer en estos casos de simbiosis?

Se potencian y puede llegar a niveles que es difícil que una persona quizá individualmente llegue. Es necesario ir encontrando formas, tal vez, de romper la simbiosis, y lograr un trabajo aislado con cada uno. También se puede trabajar con el conjunto en la sesión, no porque tal vez tenga la misma línea de pensamiento, pero muchas veces viene el paciente y algún familiar porque hay una problemática específica entre ellos, porque el familiar quiere decirle algo al paciente y no sabe cómo, por diferentes motivos existe la posibilidad de que una sesión no sea uno a uno sino justamente dos o tres a uno, para abarcar diferentes temáticas. Entonces si encontramos que un familiar potencia y sostiene estas ideas, a lo mejor es buena idea invitarlos a ambos y ver qué se puede desenmarañar de eso y cómo se puede empezar a tratar de separar y que cada uno pueda tener pensamientos un poco más propios, y ahí empezar a ver la racionalidad o no de cada uno, con la dificultad que esto conlleva, pero no es imposibilidad.

6. ¿Puede hacer el familiar de la persona con esquizofrenia esta terapia para ayudarlo? ¿Es recomendable?

Sí, claro. No solo por ser familiar de una persona con esquizofrenia, la TCC no es solo para aquella persona que tiene un diagnóstico o una patología. Muchas veces hay gente que lo usa para estar mejor, de bien para mejor. Entonces, tal vez para un pariente de alguien con esquizofrenia es para estar un poco mejor, entender más y tener mejor calidad de vida.

7. Cuando el diagnóstico presuntivo es psicosis, ¿se habla solo de esquizofrenia?

No. Existen diferentes tipos de psicosis. Tal vez es la que más se asocia, porque durante muchos años se consideraba que “la locura” era una sola, el cuadro de delirios y alucinaciones, pero obviamente existen diferentes formatos.

8. ¿La ansiedad se puede agudizar con la TCC?

La persona que llega con ansiedad y dice que la quisiera trabajar con un terapeuta, generalmente viene con la problemática. Tal vez venía conviviendo con un grado de ansiedad

que podía aguantar y que no le generaba tanta dificultad, y de repente esa ansiedad, por el motivo que sea explota o crece en monto y la persona ya no puede sola y recurre a la ayuda de un terapeuta, a veces por recomendación de un amigo o conocido. Cuando la persona llega y empezamos a hablar sobre la ansiedad o la angustia que siente, es muy posible que ante las preguntas del terapeuta en la primera o las primeras sesiones se vaya tal vez más angustiado o con sensación de estar más angustiado o más ansioso de lo que vino. Pero justamente es parte de lo que necesitamos para poder trabajar y curarlo. Se necesita preguntar, y a veces explorar genera que esta persona tenga un pico de ansiedad, por así decirlo. Pero en la medida en la que empezamos a hablar y a trabajar, empezamos a entender qué es la ansiedad, por qué aparece, por qué no es nuestra enemiga (esto es lo que más le gusta al Lic. Rafaldi decirle a la gente que le plantea cuestiones sobre ansiedad), ahí empieza a bajar este nivel de ansiedad.

Dos cuestiones importantes: una, es que dentro de la sesión el terapeuta obviamente está capacitado para acompañar ese momento de mayor densidad, de permitirle a la persona desplegar un poco de esa ansiedad en un ambiente controlado y cuidado. Entonces ahí observar un poco más de lo que pasa en el momento específico, porque es diferente cuando el episodio de ansiedad ocurrió en un momento diferido y luego es contado, no se puede saber con exactitud lo que la persona pensó o sintió exactamente. Y lo otro que se ofrece (el Lic. Rafaldi lo hace) es la posibilidad de entender que además del encuentro semanal de 40 o 45 minutos, si durante la semana le aparece alguna escena de ansiedad le puede hablar o mandar un mensaje al terapeuta y lo pueden hablar, ya se comentó acerca de la importancia de poder analizar las cosas en el momento en el que transcurren. En general pocos pacientes hacen uso de hablarle al terapeuta por fuera del espacio terapéutico, pero tiene su utilidad.

9. ¿Cómo se adquiere la conciencia enfermedad? ¿Cómo hacemos si no quiere hacer el tratamiento, ni terapia, si no quiere ir al psiquiatra?

Eduardo explica que en psicoeducación trabajamos mucho ese tema que lo llamamos también “anosognosia”. Aproximadamente el 50% o 60% tiene esto y cuesta mucho lograr la conciencia de enfermedad. Es fundamental que la familia entienda que la medicación y el seguimiento psiquiátrico es totalmente necesario y **no se negocia**. En general la familia lo relaciona con la conciencia de enfermedad, pero a veces se comienza con una aceptación del proceso, toman medicación hace bastante tiempo, pero no se animan a decir “tengo esquizofrenia”, ese tipo de conciencia lleva mucho más tiempo.

El Lic. Rafaldi comenta que es la dificultad con la que nos vamos a encontrar, de que aun habiendo ya comenzado el paciente puede querer dar vuelta atrás todo con la medicación, o con el tratamiento terapéutico que un paciente de pronto de un día para el otro piensa que antes éramos positivos y lo ayudábamos, le dábamos herramientas para observar lo que le pasaba ahora ya no somos tan positivos, no lo ayudamos y ya no quieren venir y ahí se pierde el tratamiento, se corta el tratamiento. Al Lic. Rafaldi le parece que evidenciar a la persona a partir del ejemplo es una herramienta que puede ser positiva, mostrarle a aquel paciente que no logra ver en sí mismo las características de esta patología mostrárselas tal vez en otra persona, como se hace en otras patologías que se busca que la persona vea que comparte características, y a partir de eso pueda empezar a identificarse. Esto es una de las grandes dificultades que enfrentamos en toda patología, no solamente en esta, pero en esta se acentúa mucho la sensación de o “no tengo la patología”, o “no necesito la medicación”, o “no necesito el tratamiento psicoterapéutico”, o cuando está un poco mejor, dejar todo porque ya está

mejor. Es una cuestión muy artesanal, muy delicada. La recomendación es asistir a charlas como estas y acercarse a asociaciones de padres, donde un padre puede transmitir su experiencia a otro. O tal vez hacer una reunión en la que una persona con esquizofrenia a la que le está costando aceptar su patología puede conocer a otra y pueda ver que no son personas de otro planeta pero que sí comparten características, y que tal vez hay que aceptar y empezar el tratamiento y no seguir con internaciones, por ejemplo, que es lo que muchas veces pasa hasta que se acepta el tratamiento.

Eduardo opina que esta tarea le corresponde al psiquiatra, cree que hay un abordaje psiquiátrico necesario que la familia no puede hacer porque los pacientes son refractarios a las palabras de la familia, y es el psiquiatra el que puede poner su autoridad, sin la cual todo es muy difícil.

10. ¿Las TCC serían recetas que dan para saber desenvolverse en situaciones?

Si esta definición ayuda a comprender de una buena manera y lo puede transmitir a otras personas, hay parte de lo que se habló que es así: son algunas herramientas que uno tiene y transmite al paciente para lograr mejores interpretaciones de lo que le pasa, mejores conductas que lleven a una mejor calidad de vida. Y específicamente en la esquizofrenia las pequeñas mejorías que uno pueda ofrecer al paciente sobre su calidad de vida representan un montón, porque para una persona que no tiene la patología, un amigo más o un amigo menos no hace la diferencia, pero poder ayudar a un paciente con esquizofrenia que haga un amigo, una actividad, un grupo de amigos, que pueda encontrar una actividad que sostenga y que conozca gente con la que se lleve bien y se sienta cómodo es muchísimo. Entonces sí tal vez son unas pequeñas recetas que uno puede aportar tanto al paciente como a la familia.

11. ¿Qué importancia tiene la empatía?

La empatía me parece importante en el día a día de todas las personas. Estaría bueno que siempre tengamos un poquito más, obviamente como psicólogo se le puede mostrar al paciente una situación similar y que la ha podido manejar con herramientas; muchas veces da sus frutos en la terapia el hecho de demostrar a la persona que no está sola, que lo que le pasa no le pasa solo a él, sino que nos puede pasar a todos, y tal vez más con las dificultades agregadas que tiene la patología, pero que también hay herramientas para poder solucionar estas dificultades.

12. ¿Qué ocurre cuando también hay una adicción?

Tener una adicción es una problemática en sí misma, es decir, estamos agregando una problemática más completa. Estamos hablando de una persona con esquizofrenia y además agregamos la problemática de la adicción habrá que trabajar específicamente sobre la adicción. La TCC tiene muchas herramientas que permiten trabajar sobre las adicciones, en especial sobre los cambios conductuales que se requieren para dejar atrás una adicción. Pero mi recomendación es que consulten con una persona que conozca específicamente el mundo de las adicciones. Hay hospitales públicos específicos para el tratamiento de adicciones, por lo

tanto, las herramientas que utilizan son sumamente específicas y las personas que las manejan las utilizan mejor que alguien que habla en general.

13. ¿El EMDR se aplica en estos casos?

El EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing), es una técnica de tratamiento psicológico a través de la que se realiza una Desensibilización y Reprocesamiento por medio de movimientos oculares o estimulación bilateral. Este tratamiento ha demostrado su eficacia para superar acontecimientos traumáticos. (Definición de Google)

El Lic. Rafaldi pregunta a la participante: ¿Por qué te parecería que podría utilizarse?

Respuesta de la participante: Como es una técnica rápida (seis u ocho sesiones, depende el paciente), se me ocurrió ahora, porque yo hice EMDR para algunos traumas que tuve en mi infancia y pensaba si en estos casos de esquizofrenia se podría trabajar con esa técnica. Todavía no termino de comprender muy bien la enfermedad y me cuesta aceptar que mi hijo la tenga, así que estoy todo el tiempo pensando cuál es la solución, también estoy investigando los parásitos y cómo afectan al cuerpo, a las funciones mentales, la relación con el cáncer o el Alzheimer, o alguna enfermedad funcional, muchas veces también se habló del autismo relacionado con la intoxicación de parásitos.

Lic. Rafaldi: Respecto de la duración de la terapia es una de las cuestiones que me parecen importantes y hacen al porqué de la TCC como tratamiento para esta patología específicamente. Lo otro, tal vez sea cuestión de que siga la investigación y que se encuentren tal vez los resultados.

Para escuchar la charla completa en YouTube:

<https://www.youtube.com/watch?v=rp-rEsf7qqw&t=3542s>