

Escuchar voces... y contarlo en la red

Namdev Freund¹, Ana Moreno²

Enloquecerás ante el espectáculo de lo que verán tus ojos
Deuteronomio, 28:34

¹Residente de Psiquiatría,
² Psiquiatra. Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares. Madrid

Escuchar voces puede llegar a ser una experiencia aterradora. Así nos lo cuentan personas que acuden a la consulta y que sufren lo que los psiquiatras hemos dado en llamar esquizofrenia. Voces que insultan, que amenazan, que incitan a la acción, que comentan la propia actividad... experiencias que invaden la vivencia de lo propio, que exponen la intimidad de la persona, sus pensamientos, a un otro no libremente elegido.

Aunque escuchar voces es una experiencia extraña, no es ni mucho menos extraordinaria. Según algunos estudios hasta el 10% de la población general tiene alucinaciones y hasta el 2% alucinaciones auditivas.

Las personas que escuchan voces y que llegan a la consulta nos hablan... y aunque la escucha que ofrece la psiquiatría ha ido cambiando, durante mucho tiempo ha pasado por etiquetar de esquizofrenia, por transformar el discurso en psicopatología, por medir el síntoma, soslayando su contenido. Lejos quedan los tiempos de la Inquisición en los que las alucinaciones eran claro signo de posesión demoníaca. Pero no está tan lejano el manicomio, cuando el discurso de la persona era negado, su rutina administrada con paciencia de gota malaya y su muerte como ciudadano de derechos la consecuencia

Los fenómenos psicóticos también pueden entenderse en relación a la historia personal.

ineludible de este entorno "terapéutico". Ciudadanía sin voz para quien escucha voces.

Sin embargo, aunque escuchar voces es una experiencia extraña, no es ni mucho menos extraordinaria. Según algunos estudios hasta el 10% de la población general tiene alucinaciones y hasta el 2% alucinaciones auditivas: escuchan voces. De este 2%, dos terceras partes ni busca ni precisa tratamiento psiquiátrico: conviven con las voces y las consideran una experiencia enriquecedora. Marius Romme y Sandra Escher¹¹ condujeron algunos de estos estudios en Holanda en población general y compararon los resultados con los obtenidos en pacientes, concluyendo que aunque la psiquiatría tiene formas diferentes de pensar la psicosis y la neurosis, los fenómenos psicóticos también pueden entenderse en relación a la historia personal, especialmente con los antecedentes de traumas. Diversos estudios han encontrado un alto porcentaje de traumas infantiles, especialmente abusos sexuales, en personas que más adelante han desarrollado un



Como é que eu devo fazer um muro, Bispo do Rosário

trastorno mental grave^{III}. Otros autores señalan que la interpretación malévol o benévola que el sujeto haga de la voz que escucha^{IV} guardará relación con sus esquemas cognitivos de naturaleza biográfica, relacionados con las experiencias del pasado, su vida actual y sus relaciones interpersonales. Así, el contenido y las creencias sobre las voces se asocian con la historia del individuo^{V, VI, IV} y la forma en que se siente consigo mismo^{VII}. Garety et al. consideran los eventos traumáticos como uno de los factores que influyen en que las experiencias anómalas e intrusivas sean interpretadas como voces^{VIII}. *Aunque no podemos cambiar el pasado, explican Romme y Escher, podemos modificar su impacto y las personas pueden aprender a afrontar la vida cotidiana y las voces de manera diferente.* Para Jim Geekie, cuya investigación se centra en la comprensión de las experiencias psicóticas, las personas que han sufrido un primer episodio psicótico se benefician de la posibilidad de hablar de su experiencia en profundidad y de desarrollar una comprensión de la experiencia que tenga un sentido personal para ellos^{IX}. Considera fundamental negociar una explicación compartida entre el psiquiatra y el cliente porque si el psiquiatra se empeña en explicar al cliente lo que su experiencia es o significa, corre el riesgo de aumentar la sensación de anulación del cliente al tiempo que pierde la oportunidad de aprender.

El problema no estaría, por tanto, en escuchar voces sino en la atribución de significado que hacen los que las escuchan (angustia, persecución...). En otras ocasiones, la atribución de un significado que acrecienta el problema no está en la persona que escucha la voz sino en

los que le rodean, incluido el profesional sanitario: cuando la escucha profesional es la justa para colocar una etiqueta y un paquete terapéutico, consistente en psicofármacos y psicoeducación en el mejor de los casos, no sólo perdemos la oportunidad de ayudar al otro en su proceso de reconstrucción tras una experiencia que puede haber sido devastadora; vaciamos de sentido el quehacer profesional, transformando el encuentro terapéutico en un trámite burocrático. Alguien que escucha una voz y acude al sistema sanitario, generalmente recibe el diagnóstico de esquizofrenia u otra enfermedad mental grave y se instaura tratamiento con psicofármacos^X. Sin embargo, para Rufus May^{XI}, los profesionales sanitarios deberían centrarse en reducir el carácter debilitante de estas experiencias de forma que las personas puedan seguir con sus vidas. En su propio proceso de recuperación encontró de utilidad las narrativas personales posibilitantes (historias de éxito y oportunidades en personas que habían pasado por una experiencia psicótica), las actividades significativas y las oportunidades de inclusión social (oportunidades en relación a la vivienda, al trabajo o a la educación).

Conceptos como empoderamiento y recuperación^{XII} han ido ganando terreno en los últimos años. No nos detendremos ahora en ello si no es para señalar que al mismo tiempo que hay un movimiento cada vez más amplio en defensa de las personas que padecen o han padecido una enfermedad mental, se aprecia un mayor interés por conocer unos y divulgar otros el contenido de sus experiencias, por dar la palabra a las personas que escuchan voces.

El contenido y las creencias sobre las voces se asocian con la historia del individuo y la forma en que se siente consigo mismo.

Dos experiencias, entre una infinidad de posibilidades en la red, han llamado nuestra atención:

Intervoices^{xiii}, la comunidad internacional que escucha voces. “Es un error convertir la escucha de voces en un problema vergonzoso del que la gente sienta que tiene que negar o tomar medicamentos para eliminar” es el casi revolucionario mensaje con el que nos recibe Marius Romme en la web. Sus objetivos, ambiciosos, son:

Mostrar que escuchar voces es una variación inusual pero normal en el ser humano.

Mostrar que el problema no es escuchar voces, sino la incapacidad de hacer frente a la experiencia.

Educar a la sociedad sobre el significado de las voces con el fin de reducir la ignorancia y la ansiedad y garantizar que este enfoque innovador es conocido por los oyentes de voces, familias, profesionales y público en general.

Mostrar la gran variedad de experiencias y orígenes de las voces, y las estrategias de afrontamiento que han sido útiles a las personas.

Aumentar la calidad y cantidad de apoyo mutuo para todas las personas y organizaciones relacionadas con la escucha de voces en todo el mundo

Hacer su trabajo más eficaz y desarrollar formas no medicalizadas de ayuda para hacer frente a estas experiencias.

En 1997 tuvo lugar una reunión de personas que escuchan voces y trabajadores de salud mental en Maastricht para discutir sobre la promoción de las personas y la investigación sobre la escucha de voces. En la reunión se decidió crear una estructura formal de la organización para prestar apoyo administrativo y de coordinación a la gran variedad de iniciativas en los diferentes países participantes. Así nació de la mano de Romme y Escher Intervoice (La Red Internacional para la Formación, Educación e Investigación en escucha de voces).

Paseando por su web, se percibe la ideología que impregna todas las aportaciones: la necesidad urgente de desarrollar nuevos tipos de intervenciones que no sean los ofrecidos por la psiquiatría tradicional, que tengan en cuenta que la información más valiosa es la proporcionada por las personas que experimentan psicosis. Su punto de vista y experiencia deben tener suma importancia en el desarrollo de las intervenciones de ayuda, por encima de cualquier teoría psiquiátrica.

El mundo profesional no se ha mantenido ajeno a estas inquietudes. La otra iniciativa que queremos destacar la encontramos en las páginas de schizophrenia bulletin^{xiv}, una prestigiosa revista profesional que tiene por objeto revisar la evolución reciente y las hipótesis de base empírica sobre la etiología y el tratamiento de la esquizofrenia. En 1979^{xv} publican por primera vez la sección First Person Account, contar en primera persona, una serie de artículos en los que los pacientes, ex-pacientes y familias relatan sus experiencias en el contacto con la enfermedad mental y la red de cuidados. Esquizofrenia

“Es un error convertir la escucha de voces en un problema vergonzoso del que la gente sienta que tiene que negar o tomar medicamentos para eliminar”

El problema no es escuchar voces, sino la incapacidad de hacer frente a la experiencia.

Es urgente desarrollar nuevos tipos de intervenciones que no sean los ofrecidos por la psiquiatría tradicional, que tengan en cuenta que la información más valiosa es la proporcionada por las personas que experimentan psicosis.

y maternidad, suicidio, la poesía como forma de lucha contra la enfermedad, causas y significados, vivir con el delirio, estrategias para eliminar el delirio, el estigma, las consecuencias psicosociales, la medicación, el continuum del tratamiento, la familia, la confusión, las dudas... son cientos los temas abordados en estos artículos en los que la generosidad de los autores nos permite acercarnos no al síntoma sino a la persona, a su mundo de valores, expectativas, deseos:

“La esquizofrenia es una enfermedad de la información. En la psicosis, nada es lo que parece. Aunque mi sentido de la percepción permanecía intacto, todo lo que yo veía y oía adquiriría un halo de significado que debía ser interpretado antes de saber cómo actuar”^{xvi}.

“Los pensamientos esquizofrénicos tienen vida propia. Surgen aparentemente de la nada cuando una persona conoce la diferencia entre la cordura y la locura y emergen inicialmente como pequeñas ideas”^{xvii}.

“La esquizofrenia es diferente de las enfermedades somáticas, la gente no empatiza con la persona afectada. Las personas con esquizofrenia son vistas como locas, peligrosas, mortales e incomprensibles. El estigma asociado a la enfermedad mental es un riesgo demasiado grande para la amistad, y por eso nunca lo voy a decir”^{xviii}.

“La esquizofrenia ha silenciado mi verdadero yo, incluso la misma observación del yo está sesgada por el proceso de observación subjetiva. En mi opinión, la esquizofrenia es un trastorno del yo, una perturbación de la experiencia subjetiva de sí mismo y de la realidad externa u

objetiva. Curiosamente, a diferencia de muchos psiquiatras, investigadores filosóficos han argumentado que los síntomas esquizofrénicos son un componente inevitable y esencial de la experiencia humana que puede tener un gran significado personal y social. Sus propuestas incluyen que la esquizofrenia puede causar una forma de autoconciencia exagerada y una disminución del sentido de la existencia en el mundo... Esta permeabilidad entre el yo y el mundo tiene el potencial para abrir selectivamente las puertas a múltiples realidades creadas y percibidas por el individuo, pero cada realidad requiere un sólido sentido de sí mismo. Con el fin de elegir conscientemente cual es la realidad más adecuada, la persona primero debe confirmar que existe en esa realidad. La realidad externa es recibida como subjetiva y el proceso del pensamiento y la percepción modifica y distorsiona la realidad objetiva según tu propio gusto. Detrás de todo esto hay una poderosa conciencia de sí, resistente a la desorganización y destrucción”^{xix}

Los límites de mi lenguaje son los límites de mi mundo, dice Wittgenstein en su *Tractatus*^{xx}. En el último artículo de esta serie publicado que hemos encontrado de acceso libre en la red^{xxi}, el autor, anónimo, encuentra en la aproximación de Wittgenstein al lenguaje una forma de explicar su experiencia de la paranoia y la psicosis. Posiblemente la mejor explicación sea la que permite a la persona hacer de su vida su mejor construcción.

BIBLIOGRAFÍA

¹ Tien A Y. Distributions of hallucination in the population. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 1991; 26: 287-292.

Paseando por su web, se percibe la ideología que impregna todas las aportaciones: la necesidad urgente de desarrollar nuevos tipos de intervenciones que no sean los ofrecidos por la psiquiatría tradicional, que tengan en cuenta que

- ⁱⁱ Romme M, Escher S. Dando sentido a las voces. Guía para los profesionales de la salud mental que trabajan con personas que escuchan voces. Madrid. Fundación para la investigación y el tratamiento de la esquizofrenia y otras psicosis. 1ª ed actualizada en español 2005.
- ⁱⁱⁱ Gumley A, Schwannauer M. Volver la normalidad después de un trastorno psicótico. Un modelo cognitivo-relacional para la recuperación y la prevención de recaídas. Bilbao. Desclée de Brouwer, biblioteca de psicología. 2008.
- ^{iv} Chadwick, P. and M. Birchwood. The omnipotence of voices. A cognitive approach to auditory hallucinations. *Br J Psychiatry* 1994;164(2): 190-201.
- ^v Romme, M. A. and A. D. Escher. Hearing voices. *Schizophr Bull* 1989; 15(2): 209-216.
- ^{vi} Bentall, R. P. The illusion of reality: a review and integration of psychological research on hallucinations. *Psychol Bull* 1990; 107(1): 82-95.
- ^{vii} Close, H. and P. Garety. Cognitive assessment of voices: further developments in understanding the emotional impact of voices. *Br J Clin Psychol* 1998;37(Pt 2): 173-188.
- ^{viii} Garety, P. A., E. Kuipers, et al. A cognitive model of the positive symptoms of psychosis." *Psychol Med* 2001; 31(2): 189-195.
- ^{ix} Geekie J. Escuchar las voces que oímos. La comprensión de los clientes de las experiencias psicóticas. En: Read J, Mosher LR, Bentall RP. Modelos de locura. Barcelona. Herder. 2006: 181-195.
- ^x Ritsher, J. B., A. Lucksted, et al. Hearing voices: explanations and implications. *Psychiatr Rehabil J* 2004;27(3): 219-227.
- ^{xi} May R. Dar sentido a la experiencia psicótica y trabajar por la recuperación. En: Gleeson JFM, McGorry PD (coord.). *Intervenciones psicológicas en la psicosis temprana. Un manual de tratamiento*. Bilbao.Desclée de Brouwer, biblioteca de psicología.2005: 425-452.
- ^{xii} Más utilizados incluso en nuestro medio los términos en inglés empowerment y recovery haciendo alusión a la capacidad de la persona de decidir sobre las cuestiones relacionadas con su vida y su tratamiento y la recuperación de la autonomía, más allá de la recuperación clínica, de la persona que sufre una enfermedad mental respectivamente, señalando la importancia de que esta sea la orientación de los servicios de salud mental.
- ^{xiii} <http://www.intervoiceonline.org>
- ^{xiv} <http://schizophreniabulletin.oxfordjournals.org/>
- ^{xv} <http://schizophreniabulletin.oxfordjournals.org/content/5/4/631.full.pdf+html?sid=c1ecd95c-9a93-43ee-af88-53b7de310b65>
- ^{xvi} <http://schizophreniabulletin.oxfordjournals.org/content/29/4/877.full.pdf>
- ^{xvii} <http://schizophreniabulletin.oxfordjournals.org/content/36/1/3.full.pdf+html>
- ^{xviii} <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11824497>
- ^{xix} <http://schizophreniabulletin.oxfordjournals.org/content/35/6/1034.short>
- ^{xx} http://es.wikipedia.org/wiki/Ludwig_Wittgenstein
- ^{xxi} <http://schizophreniabulletin.oxfordjournals.org/content/early/2011/01/12/schbul.sbgq160.full.pdf+html?sid=a1200550-ba39-48c2-9ddc-e9e-fbb5c1705> Introducción