

FUNDACIÓN PARA LA INVESTIGACIÓN Y EL TRATAMIENTO DE LA  
ESQUIZOFRENIA Y OTRAS PSICOSIS

# DANDO SENTIDO A LAS VOCES

Guía para los profesionales de  
la salud mental que trabajan con  
personas que escuchan voces

MARIUS ROMME  
Y SANDRA ESCHER

Introducción a la edición española  
**Manuel González de Chávez**

# **DANDO SENTIDO A LAS VOCES**

Guía para los profesionales de  
la salud mental que trabajan con  
personas que escuchan voces

**Marius Romme y  
Sandra Escher**

Prólogo a la edición española  
**Manuel González de Chávez**

Traducción española de  
**María Eugenia Sanz**

Primera Edición actualizada en español, (2005)

©FUNDACIÓN PARA LA INVESTIGACIÓN Y EL TRATAMIENTO DE LA ESQUIZOFRENIA Y OTROS TRASTORNOS para el XI Curso Anual de Esquizofrenia

“Identidad, subjetividad y experiencias psicóticas”, que se celebró en Madrid los días 2 y 3 de Diciembre de 2005.

[www.cursoesquizofreniamadrid.com](http://www.cursoesquizofreniamadrid.com)

Primera edición inglesa (2000).

**Mind Publications,**

Granta House,

15-18 Broadway,

London E15 4BQ.

Versión original en holandés “Omgaan met stemmen horen” publicada por los autores en 1999.

© Marius Romme y Sandra Escher.

Todos los derechos reservados. Ninguna parte de esta obra puede reimprimirse, reproducirse o utilizarse en forma alguna, a través de medios electrónicos, mecánicos o cualquier otro disponible en la actualidad o creado en lo sucesivo, incluyendo fotocopiado y grabación, o a través de cualquier sistema de recuperación o almacenamiento de información, sin la autorización escrita de los editores.

Depósito legal: M-44489-2005

ISBN: 84-609-7926-1

**Dando Sentido a las Voces**  
Guía para los profesionales de la salud mental que  
trabajan con personas que escuchan voces

*MARIUS ROMME*

*Doctor en Medicina y en Filosofía, ha sido Profesor de Psiquiatría Social en la Facultad de Medicina de la Universidad de Maastricht (Holanda) entre los años 1974 y 1999 y Psiquiatra Adjunto del Centro de Salud Mental de la Comunidad en Maastricht. Actualmente es Profesor Invitado en el Centro de Políticas de Salud Mental, University of Central England en Birmingham.*

*SANDRA ESCHER*

*Periodista científica e Investigadora Asociada en el Centro de Políticas de Salud Mental, University of Central England en Birmingham. Actualmente está dedicada a la investigación de la escucha de voces en niños.*



# ÍNDICE

<i>AGRADECIMIENTOS</i>	<i>ix</i>
<i>INTRODUCCIÓN A LA EDICIÓN ESPAÑOLA</i>	<i>xi</i>
<i>PRÓLOGO A LA EDICIÓN ESPAÑOLA</i>	<i>xiii</i>
<i>INTRODUCCIÓN</i>	<i>xix</i>
<b>PARTE 1: ¿POR QUÉ NECESITAMOS UN NUEVO ENFOQUE PARA LA ESCUCHA DE VOCES?</b>	<b>1</b>
CAPITULO UNO <b>Razones</b>	<b>3</b>
CAPITULO DOS <b>Investigación</b>	<b>11</b>
CAPITULO TRES <b>Procedimiento diagnóstico</b>	<b>23</b>
CAPITULO CUATRO <b>Las voces y su relación con la historia personal</b>	<b>29</b>
<b>PARTE 2: ANÁLISIS DE LAS VOCES</b>	<b>39</b>
CAPITULO CINCO <b>La entrevista</b>	<b>41</b>
CAPITULO SEIS <b>El informe</b>	<b>53</b>
CAPITULO SIETE <b>El constructo</b>	<b>69</b>

<b>PARTE 3: INTERVENCIONES</b>	<b>77</b>
<b>CAPITULO OCHO</b>	
<b>Aprender a relacionarse con las voces: Fases e intervenciones relacionadas</b>	<b>79</b>
<b>CAPITULO NUEVE</b>	
<b>Educación para la salud, medicación y apoyo</b>	<b>85</b>
<b>CAPITULO DIEZ</b>	
<b>Intervenciones en la fase aguda (Intervenciones a corto plazo)</b>	<b>91</b>
<b>CAPITULO ONCE</b>	
<b>Intervenciones en la fase de organización (Intervenciones a mediano plazo)</b>	<b>101</b>
<b>CAPITULO DOCE</b>	
<b>La recuperación o intervenciones en la fase de estabilización (Intervenciones a largo plazo)</b>	<b>141</b>
<b>CAPITULO TRECE</b>	
<b>Uso de la teoría de la persona que escucha voces</b>	<b>151</b>
<b>CAPITULO CATORCE</b>	
<b>Terapias alternativas</b>	<b>169</b>
<b>CAPITULO QUINCE</b>	
<b>Autoayuda</b>	<b>181</b>
<b>EPÍLOGO</b>	<b>197</b>
<b>APÉNDICES</b>	<b>203</b>
<b>APÉNDICE 1: Selección de las muestras para la investigación</b>	<b>205</b>
<b>APÉNDICE 2:</b>	<b>207</b>
<b>Tabla 1</b>	<b>207</b>
<b>Tabla 2</b>	<b>207</b>

	vii
Tabla 3	208
Tabla 4	209
Tabla 5	209
Tabla 6	210
Tabla 7	211
<b>APÉNDICE 3: CUESTIONARIO DE CREENCIAS ACERCA DE LAS VOCES</b>	<b>213</b>
<b>APÉNDICE 4: GRUPOS NACIONALES DE AYUDA MUTUA</b>	<b>217</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA</b>	<b>219</b>
<b>ENTREVISTA</b>	<b>227</b>



## AGRADECIMIENTOS

**L**os fondos a través de los cuales se financiaron los estudios y la formación previa para llevar a cabo este estudio fueron concedidos por el Dutch National Mental Health Care Fund. Quisiéramos expresar nuestro agradecimiento a Monique Pennings, MA (Educación para la Salud), que dedicó su tiempo, energía y pericia a la organización de nuestro primer curso de formación en 1996/97. Además, nos brindó una ayuda excepcional en la elaboración de este libro. Estamos especialmente agradecidos a todas las personas que escuchan voces que participaron en las sesiones de investigación y formación, así como a los profesionales que participaron en el curso. Nuestra gratitud también para Loes Smulders por su inagotable apoyo administrativo.



## INTRODUCCIÓN A LA EDICIÓN ESPAÑOLA

*Marius Romme  
Sandra Escher*

**E**stamos muy complacidos con esta edición española de “Dándole sentido a las voces”, ya que abre la posibilidad de llegar a los lectores de habla española y esperamos que se difunda a muchas personas de mentalidad tan abierta como el Prof. Dr. Manuel González de Chávez. En su introducción a esta edición se hace evidente su profunda comprensión de que las personas que tienen la experiencia de escuchar voces son discriminadas por parte de la Psiquiatría y de la sociedad en general que ha sido influida por el pensamiento psiquiátrico durante el último siglo. Una experiencia que es de gran valor para muchas personas es desvalorizada como un fenómeno psicopatológico, sin que se desarrolle un conocimiento real sobre esta experiencia. Como psiquiatra, con frecuencia me siento avergonzado de semejante arrogancia. Debo confesar que durante años actué del mismo modo con respecto a la escucha de voces, interpretando esta experiencia como el síntoma de una enfermedad y, en general, como un síntoma de la esquizofrenia. Una enfermedad que, como es sabido actualmente sobre la base de una evidencia abrumadora, ni siquiera existe desde el punto de vista científico.

Como podrán ver en el libro, fue Patsy Hage, una persona que escucha voces, quien hizo que me diera cuenta de esto y Sandra Escher, que entonces era periodista, apoyó las críticas de Patsy Hage y me estimuló a ser consecuente y a que me atreviese a ir contra las ideas dominantes en la Psiquiatría. Como resultado de esto, comenzamos nuestra investigación a partir de la experiencia misma en lugar de hacerlo desde un punto de vista teórico. Entretanto llevamos a cabo cinco estudios con diferentes

grupos de personas que escuchaban voces y encontramos que en muchos casos esta experiencia está relacionada con una serie de hechos traumáticos de gran intensidad en su historia personal.

Le estamos muy agradecidos al Prof. Dr. Manuel González de Chávez, por tomar la iniciativa de llevar a cabo la traducción española de este libro. También ha organizado su publicación y difusión al incluirlo en su concurrido Curso anual sobre Esquizofrenia. De este modo, llegará a unas 3.000 personas y a diferentes organizaciones y estará al alcance de un mayor número de personas, lo que en definitiva, es la intención de los libros, es decir, difundir las ideas. Por tanto, nos sentimos muy complacidos por la apertura y el talento y capacidad organizativa del Prof. González de Chávez.

Esta edición es una versión revisada de la edición inglesa. En el Capítulo 1 hemos descrito de forma más explícita el paradigma de la Psiquiatría social, que nos parece apropiado para abordar a las personas que escuchan voces, al igual que para el resto de las denominadas experiencias psicóticas. Al final de este capítulo, se indican algunas implicaciones terapéuticas del paradigma de la Psiquiatría social (en caso de que el tratamiento sea necesario).

En el Capítulo 8 hemos explicado con mayor claridad que cada fase del desarrollo de la capacidad para afrontar la experiencia de la escucha de voces, requiere un enfoque terapéutico diferente. Cada una de estas fases de intervención se describe en tres capítulos diferentes: 10, 11 y 12. Los textos de dichos capítulos fueron reelaborados con el fin de clarificar la relación existente entre cada fase de desarrollo y las intervenciones terapéuticas correspondientes.

En el Capítulo 11 se ha introducido una sección adicional (11.7), en la que se describe un nuevo método desarrollado para estimular a la persona a cambiar su relación con sus voces, especialmente en el caso de las voces que se experimentan como negativas, aunque no exclusivamente, ya que puede ser beneficioso aprender a usar las voces positivas con mayor frecuencia para ayudar a la persona. Este método se denomina "Diálogo con las voces" o "Hablar directamente con cada voz" y fue desarrollado por Dick Corstens, un psiquiatra holandés que forma parte de nuestro equipo de investigación.

## PRÓLOGO A LA EDICIÓN ESPAÑOLA

*Manuel González de Chávez*

Cuando era estudiante en la Facultad de Medicina de la Universidad Complutense de Madrid, en los años 60, un Profesor de Psiquiatría, muy vinculado a una organización religiosa integrista, nos daba una clase dedicada a las alucinaciones. Nos advertía que si un paciente decía que oía la voz de Dios, deberíamos preguntarle desde donde la oía, si desde dentro o desde fuera. Si la oye desde dentro, decía, se trata de un esquizofrénico. Pero si oye la voz de Dios desde fuera, cuidado, puede ser que Dios le esté hablando.

Toda la clase estalló en una sonora carcajada. Para su asombro los futuros médicos, y también los futuros psiquiatras, eran bastante escépticos sobre esa segunda posibilidad. Pero él no lo era y asesoraba como perito en las causas de beatificación y canonización. En sus peritajes vaticanos distinguía a los santos de los locos, pero nunca supimos que hubiese encontrado a un santo erróneamente ingresado en las salas de psiquiatría.

En las vidas y biografías de los santos, incluso en los documentos oficiales de sus procesos de beatificación y canonización, nos encontramos con muchos que escuchaban voces, desde San Agustín, Santa Juana de Arco o San Ignacio de Loyola a la más reciente Santa Teresa de Calcuta. En muchas culturas a quienes oían voces se les consideraban oráculos de los dioses. Numerosos profetas escucharon voces, pero también escucharon voces otras figuras históricas eminentes como Pitágoras, Sócrates, Galileo, Lutero o Pascal que no fueron considerados ni locos, ni santos.

¿En qué recodo de la historia de nuestra cultura y civilización cambió la visión dominante sobre estas experiencias que haría hoy de personas como aquellas unos enfermos mentales? Fue una triple pirueta de arrogancia e ignorancia, que inicialmente consideró a estas personas alienados, luego los supuso enfermos cerebrales y finalmente dejó de escucharles.

Esta historia se puede reconstruir con la ayuda de algunos buenos libros<sup>1</sup>. Primero fue la Psiquiatría naciente de la Ilustración que consideró todas estas experiencias como psicopatológicas, se viviesen en el contexto, creencias y circunstancias personales que fuesen, religiosas o no. Cualquier experiencia mágica, paranormal o espiritual fue invadida y recalificada por los nuevos alienistas. No importaba que dichas experiencias fuesen bastante comunes fuera de las tapias de los asilos, como demostraba, por ejemplo, la Sociedad para la Investigación Psíquica fundada en Cambridge<sup>2</sup>. Simplemente, se negó la evidencia. La visión psiquiátrica dominante produjo también una reacción social defensiva, que hemos ignorado durante más de cien años: muchas personas silenciaron estas experiencias para evitar la psiquiatrización y el estigma.

La Psiquiatría siguió su propio camino enfrascada en sí misma. Las vivencias reconceptualizadas como psicopatológicas, y red denominadas síntomas, entraron en todos los cajones clasificatorios de las enfermedades mentales y siguieron luego el axioma, tan precipitado como fácil, de una etiología cerebral siempre por descubrir. En el transcurso de un solo siglo, estas experiencias, que existían desde el comienzo de la historia, fueron doblemente rebautizadas como patológicas y como biológicas. Digamos también que con todas sus consecuencias más o menos terapéuticas. Además, las alucinaciones se convirtieron en el paradigma sintomático de la psicosis.

Pero hubo aún una última vuelta de tuerca. Si muchas personas silenciaban oír voces para evitar ser psiquiatrizadas y estigmatizadas, quienes no lo ocultaron o no pudieron hacerlo, acabaron siendo silenciados por

---

1 Por ejemplo, los libros más recientes de IVAN LAUDER & PHILIP THOMAS "Voices of Reason, Voices of Insanity". Routledge. London. 2000, y de SEAN A. SPENCE & A.S.DAVID "Voices in the Brain". Psychological Press. 2004, o los más anteriores y fundamentales de GERMAN BERRIOS "The History of Mental Symptoms". Cambridge University Press. 1996, HENRY EY "Traité des hallucinations" en dos tomos. Masson. Paris. 1973. RICHARD HUNTER & IDA MACALPINE "Three Hundred Years of Psychiatry". Oxford University Press. London. 1963.

2 SIDGWICK. H. "The census of hallucinations", Proceedings of the Society for Psychical Research" 1889-90, 4, 7-25; 429-35; 1891- 2, 7: 429-35 y SIDGWICK. H. "Report on the census of hallucinations" Proceedings of the Society for Psychical Research" 1894, 10: 25-252.

los propios psiquiatras, quienes mayoritariamente dejaron de escucharles. Sus entrevistas psicopatológicas resultaron cada vez más y más raquíticamente formalistas, casi abstractas y ajenas a la vida, a los problemas y a las motivaciones de sus entrevistados. A la Psiquiatría biológica dominante no le interesa el contenido de las alucinaciones. Solamente, su forma. Justo al contrario de lo que interesa a los pacientes.

Afortunadamente para los pacientes, y también para los profesionales de la salud mental, está cambiando nuestra perspectiva sobre las voces y nuestras prácticas para ayudar a quienes las escuchan, como demuestra este libro "Dando sentido a las voces" de Marius Romme y Sandra Escher, cuya edición española hemos querido preparar y distribuir durante el XI Curso Anual de Esquizofrenia del año 2005, dedicado al tema "Identidad, Subjetividad y Esquizofrenia".

Los autores descubrieron hace unos años lo que la Psiquiatría ignoró durante su desarrollo científico e institucional. Que había muchas personas que escuchan voces y que no habían recibido, ni buscaban, ni precisaban asistencia médica. A través de un programa en la televisión holandesa, y luego en la organización de una serie de reuniones específicas, entraron en contacto con personas que escuchaban voces, llevaban vidas normales y no sentían la necesidad de hacer desaparecer las voces. Las aceptaban y podían afrontarlas. Escuchaban voces pero nunca habían sido pacientes psiquiátricos, ni nunca habían necesitado asistencia psiquiátrica. Por el contrario, consideraban que sus voces enriquecían sus vidas.

Fue una gran sorpresa para ellos y para los que seguíamos sus trabajos. En principio resultó bastante impactante conocer que personas comunes, sanas, decían que podían oír voces. Esto cuestionaba la consideración de las alucinaciones auditivas como síntoma de un trastorno psiquiátrico, generalmente patognomónicas de la esquizofrenia.

No tardamos en darnos cuenta de nuestra propia ignorancia. La investigación epidemiológica realizada en estudiantes y en la población general, demostraba que escuchar voces no era algo excepcional entre personas normales, mentalmente sanas, incluso en la sociedad occidental. Algunos estudios a gran escala revelaban la existencia de alguna experiencia alucinatoria en más del 10% de las personas y de alucinaciones auditivas en más del 2% de las mismas, cifras por cierto muy parecidas a las encontradas por la Sociedad para la Investigación Psíquica de Cambridge en su estudio sobre las alucinaciones en la población general, a finales del siglo XIX.

Las investigaciones epidemiológicas muestran que más de un 2% de la población normal escucha voces y que se trata de una experiencia especial, pero no excepcional. Sólo un tercio de quienes escuchan voces tienen otras vivencias, síntomas, conductas o trayectorias que conducen a un diagnóstico y tratamiento psiquiátrico. Dos tercios de las personas que escuchan voces son capaces de convivir bien con las mismas y las consideran una experiencia esencialmente positiva, ya que las voces son para ellos una fuente de consejo cuando las escuchan con oído crítico y se acoplan a ellas. Las personas que pueden afrontar sus voces, por lo general han desarrollado su propia respuesta individual y se distinguen por su capacidad para mantener el sentido de su identidad.

El problema no estriba tanto en la presencia de las voces, sino en la capacidad de afrontarlas. Para el tercio de personas que escuchan voces y no pueden afrontarlas de forma satisfactoria, el impacto es muy negativo, ya que afecta a su vida social, sus procesos mentales y su libertad de acción. Los autores mantienen que esto se debe a que las voces confrontan cuestiones fundamentales y constituyen una reacción, ya sea a aspiraciones frustradas, a un trauma grave o a otras situaciones que no han podido resolver y en las que se han sentido impotentes. Las voces, dicen, permanecerán hasta que se resuelva el problema o se produzca un cambio de actitud hacia el mismo. En la medida en que las personas tratan de luchar contra ellas, las voces se tornan más molestas. Como consecuencia, esta lucha ocupa el lugar central haciendo que se pierda el mensaje implícito de las voces. Las personas que recibieron asistencia psiquiátrica vivían las voces como una experiencia negativa, posiblemente debido a la naturaleza y dificultad de sus problemas subyacentes.

Este libro recoge un conjunto de investigaciones sobre las alucinaciones auditivas que muestra claramente que la forma de escuchar las voces no constituye una característica patognomónica de un trastorno u otro y, por tanto, no puede emplearse como base diagnóstica. Hay personas que escuchan voces y a las que no se les puede diagnosticar un trastorno psiquiátrico, las alucinaciones auditivas están presentes en varios de ellos y la forma de manifestación de las voces no indica un tipo de trastorno concreto, ni puede utilizarse como criterio diagnóstico de un trastorno psiquiátrico específico.

Las investigaciones de Marius Romme y Sandra Escher, y el cuestionario utilizado en las mismas y en las intervenciones terapéuticas, que adjuntamos como folleto aparte por su gran utilidad práctica, abarcan muchos aspectos de la experiencia alucinatoria, su naturaleza y caracte-

rísticas, la historia personal previa, las circunstancias de la primera aparición de las voces, los desencadenantes, el contenido, la teoría personal acerca de las mismas, su impacto en la persona y la influencia de ésta sobre las voces, los mecanismos de afrontamiento, la red social, la historia de los tratamientos, etc. Su nuevo enfoque se aleja de la Psiquiatría clínica habitual y se inscribe en la perspectiva de la Psiquiatría social, vinculando estas experiencias alucinatorias, y su contenido, con la biografía y las relaciones interpersonales de quienes las viven.

La relación biográfica, dinámica o metafórica de las alucinaciones con la historia personal, constituyen una parte fundamental de este libro, así como todas las secuencias observadas desde sus comienzos hasta su desaparición o estabilización, las múltiples estrategias de afrontamiento y las técnicas psicoterapéuticas más utilizadas en la actualidad para ayudar a estas personas. Hay incluso un capítulo sobre terapias alternativas. Finalmente otro, especialmente importante, sobre los grupos de autoayuda, aspecto en el que los autores han sido pioneros y son promotores entusiastas. En Maastricht los organizaron por primera vez y hoy existen ya grupos de autoayuda similares en muchos países europeos, en Japón, en Australia y en los Estados Unidos. Las reflexiones y los documentos de estos grupos de autoayuda constituyen unas auténticas y emocionantes lecciones para nosotros, los profesionales de la salud mental. Como siempre ocurre, nuestros pacientes son nuestros mejores maestros. Nos motivan, nos expresan y desvelan sus peculiares experiencias, y ellos mismos nos abren nuevas vías y nuevos conocimientos para ayudarles mejor.



## INTRODUCCIÓN

*"El problema no estriba en cómo acabar con el trastorno sino, antes bien, en si la mente puede entenderlo libre de toda tradición".*

**Krishnamurti, 1991**

**E**ste libro tiene como objetivo ayudar a los profesionales de la salud y a las personas que escuchan voces a encontrar una mejor forma de relacionarse con las voces. El libro describe, en términos teóricos y prácticos, nuevos modos de aproximación que pueden ayudar a las personas que se sienten impotentes e incapaces de afrontar las voces que escuchan o de controlar su propia conducta. En nuestros casos de estudio, hemos podido observar la forma en que las personas que escuchan voces pueden aprender a hablar de sus experiencias y a relacionarse con éstas de forma tal que puedan comenzar a tomar las riendas de su vida nuevamente.

El libro es el resultado de nuestra investigación sobre la escucha de voces y de los cursos de formación que se derivaron de ésta<sup>1</sup>. El objetivo principal de nuestro enfoque es hacer explícita la relación entre la historia individual y las voces. En otras palabras, sacarlas del ámbito de la psicopatología y situarlas en el contexto de los problemas vitales de las personas y de su filosofía personal, lo cual resulta bastante liberador (Romme y Escher, 1989, 1993, 1996; Romme, 1996; Pennings y cols., 1996; Honig y cols., 1998).

Nuestro segundo objetivo es desmitificar las voces. Escuchar voces es una experiencia inusual, pero no requiere una explicación extraordinaria. Las personas necesitan establecer una relación con sus voces y reconocerlas como parte de sus vidas cotidianas.

Durante los últimos años, hemos tenido la satisfacción de elaborar una entrevista y un cuestionario, recopilar los resultados y desarrollar un curso y a continuación, publicar este libro. Esto nos ha ayudado a desmitificar las voces, sin por ello tomarlas con menor seriedad.

---

<sup>1</sup> Este proyecto de "Formación de terapeutas que trabajan con personas que escuchan voces" fue financiado por el NFGV (National Fund for Public Mental Health). Durante el proyecto, se llevó a cabo un curso de formación para terapeutas del área de salud mental que en el contexto de su práctica clínica tratan a personas que escuchan voces. Este proyecto formó parte de un estudio más amplio sobre la escucha de voces, financiado por el Prevention Fund. En esta investigación dirigida por el prof. M. A. J. Romme, participaron las siguientes personas: A. Buiks, D. Corstens, B. Ensink, A. D. M. A. C. (Sandra) Escher, A. Honig y M. Pennings.

En la Parte 1 del libro se explican las razones por las que hemos adoptado un nuevo enfoque, la investigación que lo respalda, sus efectos sobre el diagnóstico y de qué modo hemos establecido la relación entre la historia personal y la escucha de voces.

En la Parte 2 se expone el modo de analizar la relación, en base a un cuestionario y una entrevista. Esto no sólo ayuda en la comunicación, sino que también será de gran utilidad en la terapia. El material se procesa cuidadosamente para elaborar un informe y a partir de ahí, se desarrolla un constructo en el que se definen los problemas que causan la escucha de voces.

La Parte 3 está dedicada al tipo de intervenciones adecuadas en tres fases distintas del proceso de aprender a afrontar las voces. En los capítulos adicionales se presentan las explicaciones de las personas que escuchan voces acerca de su experiencia, temas de autoayuda y terapias alternativas que estas personas han encontrado de utilidad.

Trabajar con personas que escuchan voces requiere una actitud hacia la terapia muy diferente a la que tradicionalmente se promueve en la formación psiquiátrica y en las profesiones relacionadas con la salud mental. Se trata de una búsqueda realizada en compañía de la persona que escucha voces, que necesitará mucho estímulo y apoyo simplemente para llevarla a cabo.

El libro expone en detalle todos los pasos que los terapeutas deben seguir en este trabajo, así como la base teórica que los sustenta. No obstante, también recomendaríamos la realización del curso "Trabajando con personas que escuchan voces", el cual puede ayudar a consolidar los cambios necesarios en el pensamiento y los métodos de trabajo, además de brindar apoyo. También proporciona la oportunidad de trabajar con otros profesionales sobre estas nuevas ideas, formular preguntas y lograr una nueva comprensión del tema. Creemos que se obtiene un beneficio óptimo cuando el profesional puede participar en el curso de forma paralela a su trabajo con una persona que escucha voces.

# PARTE 1

**¿POR QUÉ NECESITAMOS UN NUEVO  
ENFOQUE SOBRE LA ESCUCHA DE VOCES?**



## Razones

**E**scuchar voces constituye una experiencia intensa e intrusiva. Las voces no tienen una fuente externa evidente, pero se experimentan como si provinieran del exterior. Los psiquiatras las definen como alucinaciones auditivas y por lo general prestan poca atención al contenido de las voces, es decir, a lo que éstas dicen. Incluso se ha sugerido que escuchar el contenido aumenta la fijación indeseada de la persona a este mundo “irreal”.

### *Escuchar a quien escucha voces*

¿Por qué proponemos un cambio de enfoque? Por varias razones. En primer lugar, parte de la necesidad de las personas que escuchan voces de lograr la aceptación de su experiencia. Luego tenemos el ejemplo de quienes viven con sus voces de manera satisfactoria. Nuestra propia investigación y la de otros autores, particularmente en el campo de la investigación epidemiológica, exigen también un nuevo enfoque. La investigación

de la relación entre las voces, la historia personal y lo que dicen las voces aumentan esta exigencia. Otras razones nacen de las diferencias en la capacidad de las personas para afrontar las voces y de las dudas con respecto a la validez científica de la definición de la escucha de voces como enfermedad. Por último, algunos problemas referentes a la eficacia y a los efectos secundarios del tratamiento actual con medicación neuroléptica aportan más argumentos en este sentido.

Comenzando por la primera razón, hemos observado el poder liberador que tiene para quienes escuchan voces el poder expresar libremente sus intensas experiencias. Les resulta estimulante el tener a alguien que les escuche con interés y respeto, no para cuestionar lo que tienen que decir, para mostrar incredulidad o para contrariarlos. En otras palabras, estar con personas que pueden aceptar el hecho de que podría haber personas diferentes con realidades diferentes. Actualmente sabemos que a través del franco reconocimiento de que escuchan voces, las personas pueden elegir la forma de reaccionar ante éstas. Necesitan dejar de sentirse impotentes y dependientes por el hecho de creer que están enfermos. Al apropiarse de sus voces, es posible ejercer cierto control sobre ellas. Como afirma Ron Coleman (1996):

*“Al adueñarse de esta experiencia y establecer una relación con las voces en lugar de rechazarlas, es posible ser un vencedor en lugar de una víctima y dar forma a la propia vida nuevamente”.*

A lo largo de nuestra investigación, hemos conocido a personas que escuchaban voces pero que nunca habían sido pacientes psiquiátricos; personas que nunca han necesitado asistencia psiquiátrica sino que, por el contrario, consideraban que sus voces enriquecían sus vidas. De entrada, esta fue una gran sorpresa para nosotros. Cuando empezamos a buscar bibliografía de apoyo, no tardamos en darnos cuenta de nuestra propia ignorancia. Tanto en la investigación epidemiológica realizada entre estudiantes como en las encuestas realizadas en la población general, queda claro que el hecho de que personas normales, mentalmente sanas, escuchen voces, en modo alguno se trata de algo excepcional, incluso en la sociedad occidental. Se sabe que personajes históricos destacados tuvieron este tipo de experiencias: el filósofo griego Sócrates, la Abadesa alemana Hildegard von Bingen, el filósofo y hombre de estado van Swedenborgh, el político y líder espiritual de la India, Mahatma Gandhi, y Juana de Arco, entre otros.

El hecho de que personas normales y sanas hayan tenido la experiencia de escuchar voces constituye un argumento en contra de hacer de la escucha de voces, en sí misma, un indicador de psicopatología. Pero no se trata de negar que ello puede conducir al desarrollo de la enfermedad o que puede formar parte de los síntomas de una serie de trastornos psiquiátricos. Como D. Bosga (1993) subraya:

*“El problema no estriba tanto en la presencia de las voces, sino en la incapacidad de afrontar su presencia”.*

Este aspecto se ha visto confirmado en nuestra investigación. El grupo de personas que afrontaba adecuadamente sus voces y que no requería asistencia psiquiátrica, se distinguía por su capacidad para mantener su sentido de identidad al afrontar las voces. Esto coincide con lo que sabemos de los personajes históricos mencionados anteriormente. Utilizaban sus voces como fuente de consejo sobre los problemas de la vida diaria, pero especialmente al confrontar los problemas más cruciales de sus vidas. Fue esto lo que nos condujo a enfocar las voces en el contexto de la historia personal.

Las personas que escuchaban voces y que llegaron a ser pacientes mostraban tanto similitudes como diferencias con respecto al grupo de los que no eran pacientes. En ambos grupos, las voces aparecían al confrontar cuestiones fundamentales –preguntas acerca de la identidad sexual, acontecimientos traumáticos o conflictos relacionados con elecciones biográficas, etc.- pero en el caso de los pacientes, éstos carecían de la capacidad para resolver estas cuestiones. A veces, los hechos mismos eran emocionalmente demasiado abrumadores relacionados, por ejemplo, con situaciones de incesto, abuso físico, duelo, pérdida de un hijo o rechazo significativo por parte de alguien importante para ellos. O bien se trataba de algo referente a sí mismos o a sus circunstancias que no eran capaces de asumir, como la homosexualidad, limitaciones intelectuales o circunstancias personales sobre las cuales no tenían control alguno (especialmente las relacionadas con cualquier tipo de violencia).

Claramente, las personas que recibieron asistencia psiquiátrica vivían las voces como una experiencia negativa, posiblemente debido a la naturaleza de sus problemas subyacentes y la dificultad para tratarlos. Estos pacientes necesitan ayuda tanto para afrontar sus respuestas emocionales o conductuales a dichos problemas como para los problemas mismos. Suprimir estas respuestas a través de la medicación no debería ser la prioridad.

### *La terapia adecuada*

Los relatos escritos por pacientes y ex-pacientes muestran que las personas que experimentan episodios psicóticos han sufrido, por lo general, incidentes graves o relaciones de riesgo para sus vidas (Jong, 1997; Coleman, 1996; O'Hagan, 1993; Read y Reynolds, 1996). Nuestra investigación confirma este hecho. Sentirse asustados, furiosos o deprimidos es normal pero, parece que en estos pacientes las voces son una forma de autodefensa para mantener a raya los recuerdos desagradables. De este modo, las voces aparecen en lugar de los recuerdos.

Además, no es sorprendente que la respuesta terapéutica estándar a aquellos que escuchan voces sea recurrir a la prescripción de fármacos. El primer impulso es aliviar el sufrimiento. Pero la elección del tipo de terapia es crucial para sus resultados. Aunque la psiquiatría admite que los trastornos mentales pueden ser el resultado de la vulnerabilidad y el estrés, las etiquetas con las que se les clasifica son acordes con el modelo médico de la enfermedad. Según este sistema, escuchar voces es producto de una enfermedad cuya causa es desconocida. Este es un diagnóstico peligroso. Ignora el vínculo entre la historia personal y la aparición de las voces, lo cual dificulta la búsqueda de una solución y aumenta las posibilidades de recaída.

Este diagnóstico también es de validez científica cuestionable, tal y como lo confirma la literatura científica reciente (Praag, 1993; Bentall, 1990; Boyle, 1990; Hoofdakker, 1995; Jenner, 1993; Ross y Pam, 1995; Thomas, 1997). La investigación científica ha contribuido, en gran medida, a nuestro conocimiento de los procesos cerebrales, pero hasta ahora no ha generado ninguna evidencia de su relación con la psicopatología (Andreasen, 1997). Por el momento no existe evidencia acerca de la base biológica de la escucha de voces y son pocas las probabilidades de que la investigación biológica aporte algo en este sentido en un futuro cercano. La escucha de voces aparece como actividad eléctrica en diferentes centros del cerebro. En ocasiones, las cuerdas vocales están activas al mismo tiempo. No obstante, estas no son necesariamente las causas sino que pueden ser simplemente concurrentes (siempre existe algún grado de actividad cerebral). En términos científicos, no se dispone de pruebas según las cuales una alteración cerebral sea la causa del fenómeno.

Todos estos argumentos están en contra de una concepción exclusivamente psicopatológica de la escucha de voces.

Pasando ahora a la pregunta sobre la terapia farmacológica, los neurolepticos, la medicación más comúnmente prescrita en estos casos, efectivamente ayuda a las personas a afrontar la ansiedad y la confusión causadas por la escucha de voces. En un número razonable de casos –cerca del 50%- las voces desaparecen al tomar la medicación. Pero en el 40%, las voces persisten, lo que también es cierto en el caso de quienes padecen esquizofrenia (Falloon y Talbot, 1981; Fowler y cols., 1995). Como afirman Falloon y Talbot:

*“Para que estos pacientes puedan adaptarse a la vida de la comunidad, deben aprender a afrontar sus síntomas de forma eficaz”.*

No cabe duda de que los neurolepticos pueden proporcionar cierto alivio debido a que suprimen la respuesta a los estímulos emocionales. Reducir el malestar forma parte de la buena práctica médica habitual, pero confundir esto con una curación y no emprender otras tareas al respecto constituye un error. Cuando los pacientes suspenden la medicación, reaparecen la ansiedad, la confusión y las voces y se puede crear un círculo vicioso que conduce a una situación crónica y al uso de la medicación a largo plazo. Ésta produce efectos secundarios graves, a veces irreversibles, así como dependencia. Además, incrementa el riesgo de episodios psicóticos dada la alta probabilidad de recaída asociada a la suspensión de los neurolepticos y no únicamente como consecuencia de los desencadenantes habituales del paciente (Thomas, 1997).

A pesar de esto, no obstante, podría ser recomendable prescribir fármacos durante un período de prueba a quienes padecen un alto nivel de malestar, de modo que tanto el terapeuta como el paciente puedan valorar sus efectos, sean éstos positivos o negativos. Es importante realizar un seguimiento, supervisar los cambios y/o efectos secundarios y recordar que los fármacos no son la curación.

### ***El enfoque de la Psiquiatría social***

Todas las anteriores constituyen buenas razones para adoptar una visión de la escucha de voces más amplia que la que se tiene en la actualidad. En Psiquiatría siempre han existido diferentes enfoques para abordar los problemas de salud mental. El enfoque descrito en este libro pertenece a la escuela conocida como Psiquiatría social.

Según ésta, la enfermedad expresa la incapacidad de la persona para funcionar en la sociedad. Situaciones estresantes importantes, seguidas de interacciones sociales o personales abrumadoras y difíciles, que la persona no puede afrontar y que dificultan su vida, son experimentadas como amenazas a la propia salud mental. Dichas amenazas pueden manifestarse de formas diferentes, ya sea como trastornos del sueño, fatiga, ansiedad, depresión, pensamiento obsesivo compulsivo, disociación, consumo de drogas y alcohol, agresividad, ideación paranoide, alucinaciones, delirios, fuga de ideas, ideas y conductas maníacas, etc.

Cuando la persona no puede aceptar o encontrar una solución a sus problemas socioemocionales, vive el problema mental, la alucinación por ejemplo, como su problema principal. Se produce así un desplazamiento por medio del cual el problema de salud mental, en este caso el escuchar voces, sustituye al problema biográfico socioemocional original a la vez que lo mitifica.

Si los profesionales de la salud mental también identifican el problema mental, es decir, la escucha de voces como el problema principal, entonces los problemas biográficos socioemocionales pasan a ser considerados como un problema médico. Desde esta perspectiva, toda la atención se centra en las voces en lugar de dirigirse a los problemas subyacentes, para los cuales tampoco se podrá encontrar una solución.

Los otros significativos como la pareja, los padres, los hijos, vecinos, compañeros de trabajo y profesionales de los servicios sociales, pueden tener una gran influencia, ya sea para evitar o bien para estimular la producción de este desplazamiento. En nuestro estudio comparamos a los pacientes que escuchaban voces con personas que escuchaban voces pero que no se convirtieron en pacientes psiquiátricos. Observamos que estas últimas, no sólo podían arreglárselas con las voces, sino que utilizaban sus voces como señal de la existencia de un problema y como consejeras en la solución del problema. De este modo, establecían una relación entre las voces y sus problemas.

Las personas desarrollan la enfermedad debido al hecho de que sus síntomas, en combinación con sus problemas no resueltos, les impiden llevar una vida normal. Esto se ha establecido claramente en el caso de las neurosis, pero no tanto en las psicosis.

A través de nuestra investigación, hemos demostrado que la escucha de voces, definida en Psiquiatría como un fenómeno psicótico, opera como un patrón de respuesta que aparece cuando una persona no afronta de forma adecuada problemas sociales que le producen un sentimiento de indefensión extrema. Ello conduce a toda clase de reacciones secundarias, que en algunos pacientes reproducen el complejo cuadro clínico de la esquizofrenia. Hemos encontrado también que los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia fueron capaces de establecer conexiones entre la experiencia de escuchar voces y ciertos eventos estresantes y traumáticos de su historia personal. Estos pacientes pudieron entonces comenzar a afrontar las voces y tomar las riendas de su vida nuevamente. En otras palabras, "se recuperaron".

La Psiquiatría social y la Psiquiatría clínica parten de bases diferentes. La Psiquiatría social deconstruye la enfermedad en varios síntomas, analiza la interacción entre los diferentes síntomas y la relación entre éstos y las experiencias estresantes de la historia personal. Las intervenciones están dirigidas al afrontamiento de los síntomas y a la elaboración de los problemas subyacentes. La Psiquiatría clínica construye la enfermedad a partir de los síntomas y sus intervenciones iniciales se orientan hacia la enfermedad.

La Psiquiatría social difiere también de la psicología cognitivo-conductual. Si bien ambas parten de los síntomas, en la psicología cognitivo-conductual se trabaja con los sentimientos y conductas del paciente en el contexto de sus creencias personales y se le enseña a afrontarlos de manera diferente. La Psiquiatría social parte de la misma premisa, es decir, que los sentimientos, conductas y síntomas del paciente están mediados por sus creencias, pero los concibe también como consecuencia de acontecimientos pasados.

Por tanto, la Psiquiatría social se mueve a lo largo de dos vías paralelas: una que tiene que ver con el afrontamiento de la conducta enferma y otra relacionada con el análisis y el afrontamiento de los problemas, sociales y psicológicos, pasados y presentes.

Las consecuencias del enfoque de la Psiquiatría social son:

- 1.- Se buscan soluciones en el contexto de las situaciones de la vida cotidiana del paciente, en lugar de aislarlo con sus síntomas de su contexto.

## 10 DANDO SENTIDO A LAS VOCES

- 2.- El objetivo del tratamiento se orienta hacia el desarrollo personal con el fin de que el paciente sea capaz de solucionar sus problemas.
- 3.- Se implica a los otros significativos del contexto social como fuentes de apoyo a dicho desarrollo.

### Investigación

Fue el hecho de que la medicación estaba fracasando como ayuda a una paciente en particular lo que me impulsó (Marius Romme) a probar algo diferente. La paciente tenía un gran malestar y se había aislado socialmente. Estaba tan asustada por sus voces tan profundamente invasivas que no pudo seguir adelante. Esto puede ser muy difícil de entender desde fuera, incluso para un psiquiatra. Ella realmente necesitaba a alguien que se pudiera identificar con su experiencia. Por tanto, hice los arreglos necesarios para que se pusiera en contacto con otro paciente que escuchaba voces, con la esperanza de que fueran capaces de comprenderse mutuamente. El reconocimiento mutuo que resultó de este encuentro me convenció de la autenticidad de la experiencia de escuchar voces.

Hablar con otros sirvió de apoyo a mi paciente, pero esta experiencia no bastó para enseñarle a reducir la influencia de las voces. Ninguno de los pacientes con los que yo estaba en contacto sabía cómo hacerlo, así que fui en busca de otros que lo supieran, por medio de un llamamiento por televisión en Holanda en el año 1987. Esto nos puso en contacto (Romme y Escher) con personas que escuchaban voces pero que no habían recibido asistencia médica. Llevaban vidas normales y no sentían la necesidad de hacer desaparecer las voces. Aceptaban las voces y podían afrontarlas.

En principio resultó bastante impactante conocer a personas comunes, sanas, que nos decían que podían oír voces (Romme y Escher, 1989, 1990, 1993, 1996). Esto cuestionaba nuestra asunción de que las alucinaciones auditivas eran un síntoma de un trastorno psiquiátrico y usualmente patognomónico de la esquizofrenia. En particular, planteaba las tres preguntas siguientes:

- ¿El hecho de escuchar voces constituye en sí mismo un trastorno psiquiátrico?
- ¿Indica la presencia de un trastorno específico?
- ¿Ciertas características de la escucha de voces podrían indicar trastornos específicos?

***¿El hecho de escuchar voces constituye en sí mismo un trastorno psiquiátrico?***

Con el paso del tiempo, se han realizado varias investigaciones relevantes en la población general. Un análisis relativamente reciente (Tien, 1991) de los datos procedentes de un estudio sobre las alucinaciones en la población general realizado a gran escala (muestra de 15.000 personas), reveló que entre el 10-15% eran auténticas alucinaciones, de las cuales un 2,3% era de tipo auditivo. Sólo un tercio de las personas que escuchaban voces estaban lo suficientemente alteradas con respecto a las voces como para buscar ayuda. Este hallazgo se comparó con un estudio realizado en el siglo XIX (Sidgewick, 1894) en el cual un 2% (de una muestra de 17.000 personas) tenía alucinaciones auditivas que no estaban relacionadas con el sueño.

En otra investigación (Posey y Losch, 1983) efectuada con 375 estudiantes de psicología, la experiencia referida con mayor frecuencia fue la de escuchar una voz que mencionaba el nombre de alguien (36%) y escuchar sus propios pensamientos en voz alta (39%). Otros investigadores (Barret y Etheridge, 1992) que repitieron el estudio también encontraron que una minoría significativa de sus estudiantes de psicología (30-40%) refería el mismo tipo de experiencias; casi la mitad las escuchaban diaria o mensualmente. El mismo equipo trató de establecer una relación entre el escuchar voces y algún tipo de psicopatología (empleando el MMPI: Inventario multifásico de la personalidad de Minnesota). No pudieron hallar diferencias de este tipo entre los estudiantes que presentaban alucinaciones y los que no las presentaban.

Todos estos estudios llegaron a la misma conclusión: hay personas que escuchan voces con características de alucinaciones auditivas que no pre-

sentan una psicopatología significativa. Esto parece motivo suficiente para ser cautelosos al efectuar el diagnóstico de trastorno mental únicamente sobre la base de las alucinaciones auditivas aunque, no obstante, esto sucede. Una investigación (Lewinsohn, 1968) halló que mientras el 30% de los pacientes esquizofrénicos ingresados experimentaban alucinaciones, existía un 84% de probabilidades de que las personas que presentan alucinaciones fuesen diagnosticadas como esquizofrénicas.

### *¿La escucha de voces indica la presencia de un trastorno específico?*

El Departamento de Psiquiatría social del Centro de Salud Mental de la Comunidad en Maastricht llevó a cabo un estudio de los pacientes<sup>2</sup> en 1992 para investigar cuáles de ellos habían tenido alucinaciones (Romme y Escher, 1996). De los 288 pacientes, un 28% había escuchado voces en alguna ocasión (véase Apéndice 2, tabla 1). Dentro de esta población de pacientes psiquiátricos crónicos, más de una de cada cuatro personas había escuchado voces. Los resultados demostraron también que la escucha de voces estaba presente en diferentes trastornos, no sólo en la esquizofrenia. Se ha realizado una serie de estudios de investigación psiquiátrica que demuestran que las alucinaciones auditivas están presentes en muchos trastornos psiquiátricos como los trastornos maniaco-depresivos, los trastornos disociativos, etc. (Goodwin y Jamison, 1990). Este constituye otro motivo para tener cautela en el diagnóstico.

### *¿Ciertas características de la escucha de voces podrían indicar trastornos específicos?*

La literatura psiquiátrica establece una distinción entre ciertas características formales de la manifestación de la escucha de voces y utiliza esta distinción para definir síndromes diferentes. Comparamos dos de los grupos más amplios en el estudio: personas con diagnóstico de esquizofrenia y de trastornos afectivos. Les preguntamos si escuchaban las voces a través de los oídos, en sus cabezas o fuera de éstas, o bien en su cuerpo y si las voces provenían de sí mismos o del exterior. También les preguntamos si era posible mantener un diálogo con las voces. El resultado (véase Apéndice 2, Tabla 2) muestra claramente que la forma de escuchar las

---

<sup>2</sup> Este estudio fue realizado por el Dr. A. Hönig y M. Pennings y publicado en Romme y Escher, 1996.

voces no constituye una característica patognomónica de un trastorno u otro y, por tanto, no puede emplearse como base para el diagnóstico. En particular, la esquizofrenia no se puede diagnosticar en referencia a la forma de escuchar las voces.

Para sintetizar estos hallazgos:

- Hay personas que escuchan voces y a las que no se les puede diagnosticar un trastorno psiquiátrico.
- La escucha de voces está presente en varias categorías de trastornos psiquiátricos.
- La forma de manifestación de las voces no indica un tipo específico de trastorno.

Nuestra conclusión es que la escucha de voces no puede utilizarse como criterio diagnóstico de un trastorno psiquiátrico específico; la presencia de otros síntomas debe ser el factor decisivo.

### *Investigación comparativa de pacientes y no pacientes*

La conclusión a la que llegamos nos llevó a realizar un estudio comparativo de la escucha de voces entre pacientes y no pacientes (Romme, 1996; Honig y cols., 1999). Dividimos a los sujetos en tres grupos:

- 18 pacientes con diagnóstico de esquizofrenia que escuchaban voces
- 15 pacientes con diagnóstico de trastorno disociativo
- 15 no pacientes que escuchaban voces pero no habían buscado ayuda profesional o no habían sido derivados para asistencia psiquiátrica y que no obtuvieron puntuaciones significativas en los instrumentos diagnósticos que empleamos (véase apéndice 1).

Los pacientes provenían, como en el estudio anterior, del Centro de Salud Mental de la Comunidad en Maastricht, mientras que los no pacientes se seleccionaron a través de periódicos de distribución diaria y semanal. Elegimos sólo aquellos que habían experimentado alucinaciones auditivas. (Para mayor información sobre los criterios de selección, véase Apéndice 1).

Utilizamos nuevamente el cuestionario desarrollado en 1987 basados en la respuesta que recibimos por parte de las personas que escuchaban

voces a nuestra petición televisiva original. Nuestro propósito era lograr una comprensión sobre las experiencias auditivas en sí mismas, la influencia ejercida por las voces y su relación con el pasado de la persona. El cuestionario cubrió varios aspectos de la experiencia:

- Naturaleza de la experiencia
- Características de las voces
- Historia personal previa a la primera aparición de las voces
- Circunstancias de la primera aparición de las voces
- Desencadenantes
- Contenido de las voces
- Teoría personal acerca de las voces
- Impacto de las voces en la persona
- Influencia de la persona sobre las voces
- Mecanismos de afrontamiento
- Experiencias de la infancia
- Red social de la persona que escucha voces
- Historia de tratamiento

### *Relación entre las características de las voces y el diagnóstico*

Algunas de las preguntas estaban dirigidas a indagar si ciertas características de las voces estaban presentes en un tipo determinado de trastornos. Según la definición psiquiátrica (Wing y cols., 1974), una persona con esquizofrenia escucha las voces a través de los oídos, pero no puede hablar con ellas. En contraste, los trastornos disociativos producen pseudo alucinaciones –se escuchan voces dentro de la cabeza con las cuales es posible conversar. En los trastornos disociativos la persona no está convencida realmente de que las voces provienen del exterior sino que solo siente como si provinieran del exterior.

No obstante, los resultados no se ajustaron a estas definiciones. En la Tabla 3 (véase Apéndice 2) se desglosan las diferentes formas que tomaron las voces en cada grupo. En los tres grupos, los participantes escuchaban las voces a través de los oídos y también en sus cabezas y la mayoría de los participantes no experimentaba las voces como propias sino como si provinieran de otra persona. Las diferencias más notables se hallaron en lo referente a si las personas podían o no hablar con las voces.

Entre los pacientes con trastorno disociativo, dos tercios no podían hacerlo, mientras que en los otros dos grupos, dos tercios eran capaces de comunicarse con las voces. Los hallazgos expresan una tendencia opuesta a lo que cabría esperar desde la perspectiva psiquiátrica.

Analizamos si las voces cumplían los criterios de “síntomas de primer orden” definidos por Schneider (Schneider, 1959; Bosch, 1990) según los cuales, las voces que hacen comentarios sobre la conducta de la persona y que hablan entre ellas acerca de él o ella en tercera persona, son evidencia suficiente pero no necesaria de esquizofrenia. No hubo un claro punto de corte que permitiera establecer diferencias entre los grupos en el sentido de si las voces hablaban en segunda o tercera persona, pero las voces que hablaban en tercera persona tuvieron más prevalencia en el grupo de la esquizofrenia. Las voces que hacían comentarios sobre la persona que las escuchaba estaban presentes en ambos grupos, de pacientes en un grado aproximadamente equivalente y en menor escala en el grupo de no pacientes.

La investigación reveló que estas características no ilustran la diferencia entre paciente y no paciente.

### *Impacto de las voces sobre la persona*

Existe una gran diferencia en el impacto que las voces pueden tener sobre la conducta y las emociones de las personas. Por lo general, los que escuchan varias voces, consideran que unas ejercen más influencia que otras. La mayoría de las personas escuchan tanto voces positivas como negativas, pero el efecto y la consecuencia varían. Para establecer en qué modo, le preguntamos a los encuestados si escuchaban voces positivas y qué les decían, en comparación con sus voces negativas y lo que éstas les decían. A continuación, nos centramos en los efectos, preguntándoles si su experiencia con las voces fue básicamente positiva, negativa o neutra y, finalmente, la forma en que esto les hacía sentir con respecto a las voces –felices, asustados, molestos, etc. (véase Apéndice 2, Tabla 4).

La primera pregunta reveló similitudes entre los grupos. Todos escuchaban voces negativas y positivas. No obstante, la mayor diferencia entre los pacientes y los no pacientes fue que en el grupo de los no pacientes predominaban las voces positivas.

En lo que se refiere a su experiencia con las voces, los pacientes la consideraron esencialmente negativa (67%). En contraste, la mayoría de los

no pacientes la consideraron básicamente positiva. Esto se corresponde con el efecto de las voces: la mayor parte de los pacientes se sentían asustados a diferencia de los no pacientes, los cuales no experimentaron miedo a las voces. Las voces eran inquietantes para casi todos los pacientes y tendían a alterar sus vidas cotidianas, mientras que sólo un cuarto de los no pacientes expresó los mismos sentimientos.

En síntesis, la principal diferencia entre los grupos estuvo en la experiencia negativa de los pacientes con sus voces. Es decir, las voces negativas asustaban e inquietaban a los pacientes y alteraban su funcionamiento cotidiano (véanse también Chadwick y otros en el Cap. 11).

### *Influencia de la persona sobre sus voces*

Esta resultó ser la otra cara de la moneda. Le preguntamos a los encuestados si podían ejercer algún control sobre sus voces, si podían rehusarse a cumplir sus mandatos y si las voces los hacían sentir impotentes (véase Apéndice 2, Tabla 5).

La influencia de la persona sobre las voces pareció estar en proporción inversa a cuán negativa consideraban la experiencia. En consecuencia, hubo gran variabilidad. Casi todos los no pacientes se percibían a sí mismos en control de la situación (87%), pero entre los pacientes sólo el 17% de los pacientes esquizofrénicos y el 7% de los pacientes con trastorno disociativo se percibían de este modo.

Entre los dos grupos de pacientes, el 70% se sentía impotente con respecto a sus voces, mientras que el 87% de los no pacientes se sentía capaz de arreglárselas con ellas. No se encontró una correlación entre el sentimiento de impotencia y la capacidad de rehusarse a cumplir órdenes; en todos los grupos se halló un alto índice de renuencia.

### *Escucha de voces, historia personal y trauma*

En nuestro estudio de 1987 observamos que alrededor del 70% de los encuestados había tenido alguna experiencia traumática que relacionaba con el hecho de escuchar voces (Romme y Escher, 1989, 1993). Ensink (1992, 1994) estableció con claridad la misma conexión en una investigación realizada con 100 mujeres (todas pacientes) con una historia de abuso.

En nuestro estudio, rastreamos la historia de los encuestados en mayor profundidad, indagando específicamente los eventos que precedieron la primera aparición de las voces. A partir de ahí establecimos formalmente que el escuchar voces y convertirse en paciente no eran sinónimos, algo que sólo podríamos haber hecho al comparar a los pacientes con los no pacientes. La Tabla 6 (véase Apéndice 2) muestra en qué grado los encuestados eran capaces de establecer conexiones entre ciertos acontecimientos o circunstancias y el inicio de las voces. Un evento traumático constituía un desencadenante evidente en la gran mayoría de los pacientes y en la mitad de los no pacientes.

Este dato sólo es significativo en el contexto de la historia personal. Un hecho traumático puede tener graves repercusiones posteriormente en la vida de la persona, pero esto no es inevitable. La influencia de las voces tiene mucho que ver con el sentimiento de impotencia de las personas. A mayor poder percibido, mejor será el afrontamiento de las voces. Por tanto, a medida que el efecto debilitante del trauma es menor, mejores serán las defensas del individuo para afrontar las voces.

### *La historia personal*

Era importante distinguir entre la causa de la escucha de voces y el motivo por el que las personas se convierten o no en pacientes.

Una situación profundamente amenazante es lo que mejor describe lo que parecía provocar el inicio de la escucha de voces. Usualmente esto había ocurrido poco tiempo antes, como muestran las historias siguientes:

#### *Caso 1*

Una niña de 9 años recibió una paliza tan severa por parte de su padre que tuvo que ser hospitalizada por dislocación de una vértebra. Alrededor de dos horas después del ingreso, comenzó a escuchar voces.

#### *Caso 2*

Una mujer de 28 años comenzó a escuchar voces durante un período de gran tensión familiar. Su esposo le pegaba e inspeccionaba todo lo que ella hacía. Desde su punto de vista, ella era incapaz de hacer algo bien, lo que para ella constituía una situación sin salida.

#### *Caso 3*

Un hombre de 41 años escuchó voces por primera vez justo antes de presentar un examen en el cual temía fracasar y cuando esperaba tener problemas para ejercer su profesión.

**Caso 4**

Una mujer de 40 años tuvo su primera experiencia con las voces a raíz de la pérdida de tres seres queridos.

Estos hechos eran amenazantes en tres formas:

- Física (p. ej., enfermedad o abuso).
- Poniendo en peligro las expectativas de futuro (p. ej., divorcio o despido/desempleo).
- Evocando emociones abrumadoras del pasado (p.ej., la muerte de un padre abusivo).

En consecuencia y como veremos a continuación, el hecho de que la persona requiriera o no asistencia psiquiátrica parecía depender de otros factores:

**Caso 1**

La niña de 9 años maltratada fuertemente escuchó voces dos horas después de ir al hospital. Su recuperación física fue completa y comenzó a vivir con su abuela, con la cual se sentía segura y cómoda. No obstante, su abuela murió tres años más tarde y la enviaron a un internado en el que sentía tanto miedo e incertidumbre como cuando estaba con su padre. Este patrón educativo produce inseguridad y es más amenazante que estimulante. Este tipo de circunstancias aumentan el riesgo de que la persona no pueda afrontar adecuadamente la experiencia de escuchar voces, ya que evocan episodios traumáticos.

**Caso 2**

La mujer de 28 años se divorció y comenzó a vivir sola con sus hijos. No obstante, muy pronto perdió su custodia cuando los trabajadores sociales concluyeron que era incapaz de cuidar de ellos. Un tiempo después la llevaron a un centro psiquiátrico. Siendo niña, los padres de esta mujer fueron tan sobreprotectores que siendo adulta no era capaz de defenderse a sí misma.

**Caso 3**

El hombre de 41 años que se sometía a un examen en el que fracasó, estaba repitiendo una experiencia traumática de su infancia cuando su padre, que poseía una granja, lo menospreciaba y se burlaba de él. Su padre lo consideraba demasiado estúpido para hacerse cargo de la granja y delegó este trabajo en su hermano menor. Se convirtió en un paciente psiquiátrico pero fue afortunado al tener una pareja que lo apoyaba.

*Caso 4*

Aunque perdió a tres familiares cercanos en un lapso de tres meses, esta mujer de 40 años no terminó como paciente psiquiátrico. La diferencia entre ella y los casos anteriores es que estos hechos no alteraron su vida por completo: no hubo consecuencias económicas y su relación con sus hijos no se vio afectada. Además era una persona con capacidad para afrontar las circunstancias y cuya historia personal se desarrolló, en líneas generales, en un entorno seguro y amoroso. Reveló haber sufrido un episodio de abuso sexual a los 11 años, pero fue un incidente relativamente menor (relacionado con una persona que había acosado a varios niños) y no tuvo consecuencias negativas.

De este modo, las diferencias principales entre pacientes y no pacientes fueron:

- El tipo de impacto que el evento traumático desencadenante tuvo en ellos y en su futuro.
- El equilibrio entre las experiencias positivas y negativas que la persona ha tenido en su juventud y la forma en que esto ha afectado su sentido de identidad, su autoestima y sus mecanismos de defensa al afrontar el episodio desencadenante.

*Conclusiones*

De la revisión de los resultados anteriores se desprende que el problema no estriba en si el escuchar voces es definido o no como un fenómeno psicótico, sino en el hecho de que la psiquiatría tiene visiones diferentes para entender la psicosis y la neurosis. Por lo general, la relación entre la neurosis y la historia pasada constituye el punto de partida para el diagnóstico y el tratamiento. Existen muchas razones para tratar la psicosis de manera diferente, en las cuales no entraremos ahora. Lo importante aquí es que los fenómenos psicóticos también pueden entenderse en términos de la historia personal.

Durante los últimos 12 años hemos visto que si abordáramos los fenómenos psicóticos como si de quejas neuróticas se tratara, podríamos ayudar a muchas personas a pasar de ser pacientes a no necesitar tratamientos prolongados. Aunque no podemos cambiar el pasado, podemos modificar su impacto y las personas pueden aprender a afrontar la vida cotidiana y las voces de manera diferente. Hacer explícita esta relación entre el trauma y las voces también puede ser útil, especialmente al reconocer el dolor emocional del trauma. De este modo, las personas pueden

comenzar a crecer de nuevo. Desafortunadamente, no todo el mundo puede afrontar esto. Para algunas personas, el cambio mismo es demasiado amenazante –y las voces son un mecanismo de defensa contra las situaciones o cosas amenazantes (véase Cap. 4).

Esta investigación nos ha enseñado una vez más que un diagnóstico psiquiátrico puede ciertamente perjudicar a los pacientes. Si todos los síntomas se conciben como consecuencia de la enfermedad, esto descarta la posibilidad de que la enfermedad sea consecuencia de la incapacidad para afrontar un problema específico. Así, la persona desaparece tras la etiqueta de la enfermedad. Nunca se verifica la relación entre los síntomas y la historia personal, ni tampoco la relación que se establece entre los síntomas mismos.

Desde Kraepelin (véase p. 198) la psiquiatría se ha basado en la idea (nunca validada científicamente) de que los síntomas son la consecuencia de una enfermedad causada por una disfunción biológica. Los resultados de nuestra investigación indican que podría haber una secuencia diferente de causa-efecto. Las voces parecen representar un problema socioemocional que estas personas no han podido resolver. Esto contribuye al sentimiento de impotencia que experimentan con respecto a sus voces, que entonces adquieren un papel dominante. Surgen entonces una serie de problemas como falta de concentración, afectividad aplanada o inapropiada, aislamiento social y conductas problemáticas. Este es un espectro completo de respuestas que pueden dar lugar al diagnóstico de esquizofrenia. Nuestra conclusión es que las voces no son consecuencia de una enfermedad; la enfermedad es la consecuencia de la forma en que la persona afronta las voces y los problemas subyacentes a éstas.



### Procedimiento diagnóstico

**E**n general, la Psiquiatría se basa en un diagnóstico transversal para establecer una ecuación entre un conjunto de síntomas y una enfermedad. Nosotros nos decantamos por el diagnóstico de proceso ya que éste nos permite desarrollar un cuadro mucho más rico de los problemas y conductas relacionadas con el contexto de la historia personal. También nos permite analizar la interacción entre los síntomas.

#### *Diagnóstico de proceso*

Lo primero que hacemos es establecer cuál de los síntomas apareció primero. Esto permite averiguar si el resto de síntomas subsiguientes fueron o no una consecuencia lógica del primero. Si, por ejemplo, la escucha de voces es el primer síntoma y a partir de ese momento la persona presenta aislamiento social, éste puede explicarse de varias maneras. Podría ser a consecuencia de las órdenes directas de las voces ("No salgas", "No contestes el teléfono") o de sentimientos de vergüenza, o bien deberse a que las voces dificultan la participación en conversaciones normales y resulta más fácil evitar a las personas. En el caso de un síntoma diferente, como pueden ser las respuestas inapropiadas a las situa-

ciones o las personas (afecto inapropiado), la respuesta es comprensible cuando, por ejemplo, las voces hacen que la persona se ría en el momento equivocado.

De ese modo, se desglosa el complejo total de los síntomas como delirios, confusión, concentración disminuida, afectividad inapropiada, aislamiento, etc. Los comentamos con los pacientes relacionándolos unos con los otros y con la situación o emoción que los desencadena en el contexto de la vida cotidiana. La idea es obtener una comprensión de los síntomas.

A través de esta forma de trabajo podemos encontrar que la escucha de voces no fue el primer síntoma, ni siquiera el más importante. El complejo total de síntomas puede haber comenzado como consecuencia del aislamiento de la persona tras un acontecimiento traumático, habiendo *aparecido las voces posteriormente. Es por esta razón que la naturaleza sistemática del diagnóstico de proceso es tan importante.* La prioridad no es establecer la existencia de los síntomas sino que lo más revelador está en su relación funcional con la persona.

### *La relación funcional con la historia personal*

Cuando la escucha de voces está asociada a una experiencia traumática y/o a problemas para afrontar ciertas emociones o situaciones, la persona se torna más sensible al mismo tipo de situaciones o a emociones similares. Se desarrolla una cierta vulnerabilidad que constituye una "sensibilidad" específica. El diagnóstico de proceso trata de identificar el factor estresante primario con el fin de establecer la forma en que se ha desarrollado esta sensibilidad del paciente.

Una historia personal convencional, por lo general, se elabora en orden cronológico, desde el nacimiento hasta el comienzo de la enfermedad. Pero de este modo se excluye información significativa sobre la relación de los síntomas individuales con la historia personal. En una entrevista de proceso, nos centramos en el momento en que aparecieron las voces o el primer síntoma y le preguntamos al paciente sobre su situación personal y sobre lo que sucedía en su vida en ese entonces.

Esto no siempre puede hacerse de forma directa. A veces, otros acontecimientos más recientes son demasiado preocupantes o el aumento en la severidad de los síntomas genera una gran presión para el paciente. Cuando esto resulta evidente, el terapeuta debería centrarse en lo que está más cerca de la superficie y posteriormente trabajar en forma retrospectiva. Por ejemplo, uno de nuestros pacientes con un trastorno disociativo, tendía a tener arranques de agresividad. Estableció una conexión entre éstos y una experiencia de abuso sexual por parte de un profesor cuando

estudiaba secundaria. Sin embargo, la voz que escuchaba se parecía más a la de alguien que había abusado de él cuando era más pequeño –una información a la que no habríamos podido acceder en una entrevista inicial. El diagnóstico de proceso requiere tiempo y paciencia para poder establecer las conexiones relevantes con la historia personal.

### *Desencadenantes*

En nuestra investigación prestamos especial atención a los desencadenantes, es decir, a identificar los acontecimientos que han provocado o agravado los síntomas. Éstos podrían incluir emociones o situaciones particulares, un cambio en las circunstancias personales, el tener que hacer frente a nuevas exigencias o tipos específicos de interacción. Los desencadenantes constituyen signos importantes en el presente acerca de la relación con la historia personal. Por ejemplo, un paciente puede notar que sus voces se hacen más intensas en ciertas épocas del año. Una paciente tenía episodios psicóticos cada año en mayo (la época del año en que murió su padre) y en noviembre (cuando tuvo un grave accidente).

### *La necesidad del diagnóstico diferencial*

La escucha de voces y los problemas que las causan pueden producir conjuntamente un complejo de fenómenos que pueden diagnosticarse como esquizofrenia. Pero también podrían ser parte de un complejo de fenómenos disociativos, o parte del cuadro clínico de un trastorno afectivo o de un trastorno de personalidad, estados de ansiedad o trastornos obsesivo compulsivos. Por tanto, el diagnóstico diferencial es de vital importancia, especialmente cuando se ha utilizado un procedimiento diagnóstico transversal. Esto se debe a que existe el riesgo de reducir las cosas a un cuadro clínico ignorando otros aspectos importantes. Ejemplos de esto podrían ser el caso de una persona que está deprimida y es diagnosticada como esquizofrénica o el de una persona con síntomas disociativos y recibe el diagnóstico de esquizofrenia. Las quejas o síntomas pueden ser indicadores de más de un trastorno. Cuando la escucha de voces forma parte de un cuadro depresivo pero se diagnostica como esquizofrenia, se tratará con neurolépticos en lugar de antidepresivos y, en consecuencia, el cuadro puede empeorar.

Un buen diagnóstico diferencial requiere instrumentos que sean prácticos, de uso fácil y que aporten una mayor comprensión de los síntomas y su severidad. En la actualidad existe un conjunto de instrumentos adecuados.

### ***BPRS (Brief Psychiatric Rating Scale)***

La escala breve para la evaluación psiquiátrica es un instrumento empleado frecuentemente y que resulta adecuado para los trastornos psicóticos. Proporciona una visión global y una valoración del grado de severidad de un buen número de síntomas. Se realiza a través de una entrevista semi-estructurada compuesta por 24 ítems que se valoran en una escala de 7 puntos que van desde "ausente" hasta "extremo". La evaluación puede repetirse varias veces durante el curso del tratamiento para establecer si se han producido cambios en la psicopatología. Las categorías incluyen: preocupación somática, ansiedad, ánimo depresivo, contenido inusual de pensamiento, aplanamiento afectivo y distancia emocional, etc. (Ventura y cols., 1993).

La utilización del BPRS como instrumento diagnóstico evita que olvidemos interrogar sobre algún síntoma. Su pertinencia estriba en que:

- Los pacientes pueden no revelar espontáneamente todos sus síntomas, dada su tendencia a ocultar experiencias no valoradas de forma positiva por la sociedad como el escuchar voces.
- Cuando un profesional asocia la conducta de un paciente con cierto diagnóstico, existe el riesgo de que oriente el interrogatorio exclusivamente en torno a los síntomas que confirman ese diagnóstico y que olvide explorar los síntomas que no lo confirman.
- Por último, a excepción de que haya un cuadro claro de todos los síntomas, resultará imposible analizar de qué forma encajan unos respecto de otros. La escucha de voces, la agresividad y la depresión pueden estar presentes simultáneamente en la esquizofrenia. No obstante, la agresividad puede ser la causa o la consecuencia de la escucha de voces. Esto es de gran relevancia al tratar de identificar el período de la historia personal en el que aparecieron los síntomas por primera vez para poder, de este modo, conectarlos con posibles eventos traumáticos.

### ***DES (Dissociative Experience Scale)***

La escala de experiencias disociativas es un cuestionario de auto-evaluación compuesto por 28 categorías referentes a varios síntomas disociati-

vos. El sujeto califica en una escala lineal de 0 a 10 la frecuencia con la que le ocurre una experiencia específica. A continuación se citan algunos ejemplos de la forma en que se presentan estas diferentes experiencias:

*“A veces las personas encuentran en su armario ropa que no recuerdan haber puesto allí”.*

*“A veces las personas se hallan en un lugar sin tener idea de cómo llegaron allí”.*

Una puntuación alta (>30) indica la posible presencia de un trastorno disociativo, lo que sugiere la posibilidad de un trauma grave ocurrido probablemente durante la adolescencia temprana o la infancia (Bernstein y Putnam, 1986).

### ***La utilidad de la DES estriba en que:***

- En la BPRS no hay ningún ítem referente a experiencias disociativas.
- Por lo general, las experiencias disociativas son vergonzosas (“encontrar en el armario ropa con la que no se contaba”).
- El instrumento brinda una valiosa oportunidad para analizar estas experiencias. De este modo, la persona puede reconocer estos fenómenos, darles un nombre y posiblemente identificarlos como reacciones relacionadas con acontecimientos traumáticos.
- No es inusual que un trastorno disociativo sea diagnosticado erróneamente como esquizofrenia (Kluft, 1987).

### ***Escalas de valoración del estado de ánimo***

Existen varias escalas para valorar el estado de ánimo, entre ellas, la de Zung (Zung, 1960), un instrumento de auto-evaluación empleado frecuentemente para la valoración de la depresión, o la escala de Hamilton (Hamilton Rating Scale, Hamilton, 1960) comúnmente empleada para determinar la severidad de la depresión.

La utilidad de las escalas del estado de ánimo estriba en que:

- Proporcionan un cuadro más diferenciado que la BPRS sobre la influencia del estado de ánimo en la conducta y la experiencia.
- En una población de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia, la depresión está presente en cerca del 40% (Hirsh, 1982).
- La depresión también requiere una atención especial cuando forma parte del complejo de síntomas de la esquizofrenia (Kingdon y Turkington, 1994).

### ***La importancia de los signos precoces de alerta***

El foco final para un diagnóstico más preciso se centra en los signos precoces de alerta (que los pacientes reconocen y temen) de una recaída o de un inminente episodio psicótico. Este período crítico requiere un cuidadoso análisis. Si bien Beck (1952) ya ha ilustrado su importancia y Birchwood (1996) ha estudiado la función de los síntomas como señal de alarma, todavía es necesario seguir trabajando en esta dirección para lograr una mayor comprensión de los síntomas. Con demasiada frecuencia, la investigación psiquiátrica concibe el estrés, la vulnerabilidad, el apoyo, etc., como variables individuales de forma aislada, cuando en realidad su importancia estriba en su relación con las emociones y circunstancias de la persona –convirtiéndose entonces en un estrés *específico*, una vulnerabilidad *específica* y un apoyo *específico*. Si quienes escuchan voces pudieran comprender sus síntomas de este modo, ello reduciría la carga y las limitaciones que éstos les suponen. Esta noción puede aplicarse no sólo a la esquizofrenia (Beck, 1952), sino también a la psicosis maníaco depresiva (Smith y Tarrier, 1992); Johnston, 1995) y otros trastornos psicóticos (Bentall y cols., 1988).

### Las voces y su relación con la historia

**N**uestros casos de estudio nos han demostrado que hay al menos tres formas diferentes de formular la relación existente entre las voces y la historia personal: como una relación histórica, psicodinámica y metafórica.

#### *Relación histórica*

Con frecuencia, la escucha de voces comienza a raíz de un trauma o problema social o emocional. Puede tratarse de la pérdida del empleo, la pérdida de la custodia de los hijos, el abuso sexual o un atraco. O bien podría originarse a raíz de situaciones tales como una crisis en la identidad sexual, el tener que afrontar sentimientos de naturaleza sexual o violenta no deseados, sin saber cómo contárselo a los familiares y amigos. Frecuentemente, las personas se ven atrapadas en una combinación de dificultades sociales –p. ej., problemas de vivienda que coinciden con miedos relacionados con la inseguridad en el trabajo- lo que los hace sentirse totalmente impotentes.

### *Relación psicodinámica*

Crisis como éstas pueden sumir a las personas en conflictos internos, al igual que sucede cuando surgen emociones difíciles de afrontar. La insolubilidad del problema puede conducir al desarrollo de una estrategia de supervivencia a través de las voces, por medio de las cuales la amenaza se presenta como proveniente del exterior y no del interior. Como se postula en la teoría psicoanalítica, el síntoma ocupa el lugar del problema emocional. El escuchar voces actúa como un mecanismo de defensa; la persona puede entonces culpar a las voces tanto de los problemas como de las emociones que le suscitan. Esto puede incluso tener una función positiva para la persona; por ejemplo, cuando la voz pertenece a alguien que ha muerto y el mensaje transmitido es que él o ella está bien y se siente a gusto en su nuevo ámbito. Este tipo de voces pueden ser útiles para tolerar el dolor y superar la pérdida.

### *Relación metafórica*

La relación entre la persona y las voces puede representar una metáfora de la forma en que la persona interactúa con el mundo externo. Esto se puede revelar en más de una forma:

- Puede revelarse a través del contenido, el cual suele reflejar los problemas de la persona. Por ejemplo, cuando las voces le dicen “eres un homosexual vicioso”, es probable que la persona esté confrontando dificultades de identidad o desempeño sexual.
- Puede estar implícito en la actitud de las voces, lo cual refleja la incapacidad de la persona para afrontar sus problemas. La historia del caso de la p. 35 ilustra este aspecto. Un joven de 26 años escuchaba voces que lo incitaban a matar a sus padres. Estaba muy afectado por esto y hacía esfuerzos frenéticos para disipar las voces golpeando la cabeza contra la pared. Aquí, la metáfora es “la agresión hacia los padres, para la que no encuentra una salida adecuada”. Por una parte, él está muy apegado a sus padres; por la otra, se siente atrapado por ellos. Lo que la metáfora revela es la agresividad reprimida y su forma de lidiar con ésta dirigiéndola hacia sí mismo, en lugar de ventilar la situación con sus padres.
- Puede revelar la forma en que estas personas afrontan todos los problemas de su vida cotidiana y no solamente las voces. Por ejemplo, cada vez que toman una decisión, las voces comienzan a interferir. Esto demuestra con toda claridad las dificultades de la persona que escucha voces para tomar decisiones independientes.

### ***Las circunstancias desencadenantes***

Hemos hallado una variedad de circunstancias que pueden representar un problema para las personas que escuchan voces y que los hacen sentirse impotentes. En algunos casos, las voces coincidían con un problema totalmente nuevo y abrumador. En otros, se trataba de la reaparición de un problema antiguo que aumentaba su sentimiento de desesperanza.

Los problemas podrían agruparse dentro las siguientes categorías:

- Situaciones insatisfactorias o insoportables.
- Trauma reciente.
- Conflicto entre el ideal y la realidad.
- Conflictos en las relaciones interpersonales.
- Traumas o dificultades para tolerar las emociones, que se remontan a la infancia.

Las siguientes historias de casos ilustran cada categoría, indicando el problema socioemocional inicial, la respuesta ante éste y su significado metafórico.

#### ***Caso: Situaciones insoportables***

Una chica de 16 años escuchaba una voz masculina que se denominaba a sí misma Erichem y que le decía cosas profundamente desagradables. Escuchaba otras voces de fondo que intentaban ayudarla pero que no eran lo suficientemente poderosas. También podía ver y oír a miembros de su familia que estaban muertos –su abuela, su abuelo y un tío- y podía comunicarse con ellos. Algunas veces, era capaz de hacer profecías y podía ver el aura de las personas.

Escuchaba la voz masculina desde los 14 años y esto le producía intensos sentimientos de rabia. Apareció por primera vez en una época en la que tenía muchos problemas con su padre. Éste le exigía un mejor rendimiento en la escuela y le imponía una disciplina estricta. Erichem parecía mostrar la misma actitud hacia ella. Le hablaba directamente, pero también hablaba de ella en tercera persona. Las voces de los familiares también le hablaban directamente a ella y le daban consejo o soluciones a sus problemas. Las voces desaparecían en los momentos durante los cuales estaba ocupada en sus estudios o cuando estaba relajada.

### *Interpretación*

Las voces comenzaron en la pubertad cuando confrontaba muchos problemas con su padre. No se le permitía que fuera ella misma en un momento en el cual trataba de encontrar su propia identidad. Se sentía impotente. Se sentía furiosa con su padre porque éste quería dirigir su vida por ella, pero no se le permitía que expresase sus sentimientos de rabia hacia él.

Erichem hacía exactamente lo mismo –ponerla furiosa- y de este modo, la voz representaba una metáfora de su padre. Cuando la voz estaba presente, se oponía a ésta insultándole y maldiciéndole, pero esto hacía con su padre. Ella no podía contrariar a su padre, ni a la voz en lo que éstos le decían, y sólo podía sentir miedo u hostilidad. Había grandes similitudes entre los comentarios y críticas de la voz y lo que su padre solía decirle. La metáfora sirve como una guía frente el problema, pero no es una solución.

### *Tratamiento*

Al comienzo del tratamiento, la terapeuta decidió reforzar la buena relación de la chica con su madre y enseñarle a afrontar de forma diferente su rabia hacia Erichem. Algunas veces, la madre podía aconsejarle la mejor forma de relacionarse con Erichem, dado que ella misma había podido afrontar mejor que la hija la agresión del padre. Contando con la ayuda de su madre, el siguiente paso era que la hija lograrse establecer una relación más cercana con el padre, que trascendiera el tema de la disciplina, lo que hizo que el padre pudiera comenzar a sentirse más implicado emocionalmente con su hija así como con la madre. Esto se logró incluyendo más al padre en lo que ellas hacían e interesándose más por sus pasatiempos. También se tomaron otras medidas para evitar que la hija se convirtiera en mediadora en la relación de sus padres.

Las interpretaciones de tipo psicodinámico habrían sido de poca utilidad. El afrontamiento de los problemas cotidianos era una solución mucho más eficaz mientras la chica atravesaba aún la adolescencia.

### *Caso: Trauma reciente*

No es inusual que una persona comience a escuchar voces tras una pérdida (Franz, 1984). Por lo general, la voz que escucha corresponde a la de

la persona que ha muerto y su duración dependerá del curso del duelo, dado que la voz probablemente indica que la persona aún no ha asumido la pérdida. Una vez logrado esto, las voces tienden a desaparecer. Con menor frecuencia, se describen en la literatura voces que comienzan con una pérdida de otro tipo, tras el despido laboral o el divorcio.

Marlie, una mujer de 30 años, se sintió impotente al ser despedida de su trabajo injustamente. Se sentía avergonzada por esto y le resultaba muy difícil hablar de ello. Un tiempo después, empezó a notar que cuando se sentaba en un bar, las personas de la otra mesa comenzaban a hablar de ella y de lo que le había sucedido. Le resultaba alarmante y se iba de allí rápidamente. No se trataba simplemente de que pensara que estaban hablando de ella, sino que podía oír claramente lo que estas personas decían sobre ella; sus voces eran siempre las mismas, sólo cambiaba el tema.

### *Interpretación*

Marlie comenzó a escuchar las voces cuando perdió su empleo. Las voces pertenecían a las personas que la rodeaban y esto era significativo ya que había un paralelo con la forma en que perdió su empleo; personas de otra empresa habían hecho circular un rumor sobre ella. El contenido de las voces también se correspondía con el trauma —éstas hablaban de lo sucedido. La época en que comenzaron las voces y la forma en que éstas evocaban la causa del despido, nos permitieron inferir que el despido y la forma en que sucedió eran probablemente la causa de las voces.

### *Tratamiento*

Marlie no podía aceptar esta explicación —no deseaba establecer una relación entre las voces y la pérdida de su trabajo. Se incorporó a un grupo de ayuda mutua y descubrió que no era la única que tenía este tipo de experiencias. Esto le permitió ser más abierta al respecto y sentirse menos avergonzada.

El foco de la terapia era estimularla a buscar un nuevo empleo y superar su ansiedad a través de la reafirmación de sus cualidades. Estaba tan asustada ante la posibilidad de que el trauma se repitiera que no se atrevía a solicitar un nuevo empleo y utilizaba las voces como excusa. Por tanto, necesitaba mucho estímulo. Una vez que encontró un nuevo puesto de trabajo, las voces desaparecieron por completo. No obstante, dado que las voces le habían parecido tan reales, seguía siendo escéptica a cualquier posible conexión entre la pérdida del trabajo anterior y la aparición de las voces.

### ***Caso: Conflicto entre el ideal y la realidad***

Un hombre casado, de 27 años, escuchaba voces dentro de su cabeza y algunas veces a través de los oídos. Eran una voz masculina y una femenina que hablaban entre sí, pero no lograba reconocer a ninguna de las dos. Las voces afectaban su capacidad para pensar y quería deshacerse de ellas y de sus comentarios críticos.

Comenzó a escuchar estas voces bajo condiciones estresantes cuando estaba en un proceso de formación para un puesto de trabajo administrativo. Las voces reforzaban sus propios pensamientos negativos acerca de sí mismo. Comenzó a cuestionarse su capacidad para culminar este curso y las voces apoyaban este cuestionamiento en forma excesiva. También lo hacían sentir confuso, creando interferencias cuando realizaba procesos de cálculo, por ejemplo, diciéndole números al azar. Las voces no aparecían cuando estaba solo o con su mujer.

#### ***Interpretación***

Sólo un aspecto de la vida de este hombre había cambiado recientemente cuando comenzó a escuchar las voces por primera vez —el nuevo curso de formación. Las voces no pertenecían a una persona en particular pero interrumpían su pensamiento y lo confrontaban con sus propias dudas sobre continuar con el curso. La situación era la de una persona que se cuestiona sus propias capacidades y cuyas voces confirmaban sus dudas al crear confusión en su pensamiento.

Podríamos haberlo dejado en ese punto, pero quizás se trataba de algo más que un síntoma. Podría representar una metáfora importante. ¿Es posible que las voces reflejaran un aspecto importante de la realidad, es decir, que las capacidades intelectuales de este hombre no se ajustaban a las exigencias del curso? Las voces bien podrían estar realizando una valoración más realista de la situación.

#### ***Tratamiento***

No es tarea fácil en el contexto de la terapia, el plantear preguntas acerca de las capacidades de una persona, ya que esto puede tener consecuencias significativas en su futuro. En lugar de esto, el terapeuta le pidió que aportara sus propias ideas acerca de lo que las voces le decían. Transcurrió algún tiempo y fueron necesarias varias sesiones antes de que el terapeuta llegara a la conclusión de que el curso, efectivamente, era muy difícil. El hombre se retiró del curso y las voces disminuye-

con considerablemente. Al mismo tiempo, le ofrecieron un empleo no remunerado como conserje en una escuela, un trabajo que disfrutaba mucho. Aunque se vio obligado a abandonar su aspiración inicial, al hacerle su calidad de vida mejoró.

### *Caso: Conflictos en las relaciones interpersonales*

Es muy común que las personas luchen contra una emoción determinada durante toda su vida. Con independencia de todos los intentos que hagan para reprimirlo, este sentimiento persiste. En este ejemplo (mencionado en la p. 30), la hostilidad es la emoción problemática y está relacionada con las circunstancias de la vida de este hombre.

Gerald, un hombre de 26 años, vivía con sus padres. Al regresar de un viaje de negocios a París, donde tenía una sociedad con un amigo, repentinamente tuvo conciencia de una voz en su habitación que, en tono agresivo, lo incitaba a matar a sus padres y a algunos de sus amigos. La voz hablaba en francés y estaba acompañada de otras dos voces.

El socio de Gerald era muy dominante y lo había inducido a cometer un fraude. Como sus padres no aprobarían esto, Gerald no podía hablar con ellos de sus problemas y de todos modos las relaciones familiares ya eran muy tensas.

Las voces volvieron cada vez con mayor frecuencia, especialmente por las mañanas. Gerald comenzó a golpear su cabeza contra la puerta o la pared para ahuyentarlas. Cada mañana antes de bajar las escaleras, realizaba pequeños rituales para detener las voces ya que temía que, de otro modo, podría representar una amenaza para sus padres.

### *Interpretación*

Las voces aparecieron en un momento en el que Gerald estaba atrapado en un dilema. Si bien su negocio marchaba bien, se sentía manipulado por su amigo. No lograba dejar de estar enfadado con él, pero tampoco encontraba un trabajo o un ingreso alternativo. Las voces lo tornaron muy agresivo hacia su amigo y sus padres. La intensidad de la rabia que experimentaba le impedía identificar que se trataba de su propia hostilidad.

Remontándonos a su pasado, era evidente que los sentimientos de agresividad siempre habían sido un problema para él. Podía expresar la rabia hacia sus compañeros, pero nunca hacia las figuras de autoridad. Por el contrario, expresaba su hostilidad subrepticamente de modo que

nadie pudiera notarla. A medida que se fue haciendo mayor, ya no podía hacer esto.

La metáfora en este caso era evidente. Las voces lo incitaban a cometer un acto de agresión imposible –un acto que no se correspondía ni con su carácter, ni con el hecho de que respetaba y dependía de las personas hacia las que iban dirigidas las voces.

Las voces funcionaban como mecanismo de defensa. Le permitían evitar sentirse furioso ya que eso sería muy peligroso; de ahí los rituales de la mañana.

### *Tratamiento*

Las interpretaciones psicodinámicas no eran una opción en esta situación, ya que habrían resultado muy amenazantes para todas las partes implicadas. Los padres y el terapeuta de Gerald lo presionaron para que tomara la medicación, pero esto no funcionó, lo que le permitió al terapeuta ofrecer un método alternativo, que fuera aceptable para todos.

El primer foco de este tratamiento eran las voces y a quién representaban. Después de esto, el terapeuta se concentró en desvelar todos los ejemplos posibles sobre el rol de la hostilidad en su historia personal, analizando la forma en que el paciente había tratado de afrontarla en cada situación. Con el libro de trabajo "Trabajando con las voces, de víctima a vencedor" (*Working with Voices, Victim to Victor*, Coleman y Smith, 1997) como guía (véase p. 191), Gerald comenzó a escribir acerca de su vida y de las voces que escuchaba. Posteriormente decidió buscar un nuevo empleo fuera del negocio que le diera una mayor independencia.

Hubo varias conversaciones con Gerald y con sus padres en torno a sus preocupaciones referentes a su hijo y a la relación entre ellos. También se analizó quién y qué podría contribuir a una mayor independencia de Gerald.

Éste fue un proceso arduo y prolongado, pero no se podía acelerar. Gerald debía atreverse a tomar las riendas de su vida y aprender a afrontar su propia agresividad sin recurrir a esta modalidad defensiva. En definitiva, necesitaba canalizar esa agresividad a través de un nuevo comienzo en su vida.

Las personas que ya han realizado varios intentos infructuosos en el pasado encuentran especialmente difícil el intentar conducir sus propias vidas nuevamente. Por esta razón, la estrategia a largo plazo era reducir la ansiedad asociada a los síntomas, hablando lo más posible

sobre las voces. Un segundo elemento importante era fomentar el respeto hacia sí mismo para compensar su gran miedo al fracaso. Dos años más tarde, Gerald encontró el valor para buscar un lugar donde vivir.

### ***Caso: Traumas o dificultades para tolerar las emociones durante la infancia***

Un estudio (Ensink, 1992) demuestra que el 27% de las víctimas de incesto durante la infancia, han escuchado voces posteriormente en su vida adulta. Esto es especialmente probable en el caso de los niños menores de 7 años que han sido víctimas de abuso o maltrato. Existen también otros traumas durante la infancia que están relacionados con la escucha de voces en la vida adulta, como muestra el siguiente ejemplo.

Una joven comenzó a escuchar voces a la edad de 14 años, pero éstas se agravaron a los 23 años y su actitud y conducta hacia las voces cambió. Las voces aparecían dos veces por semana, los días miércoles y domingo y podían estar presentes hasta 8 horas cada vez. Justo antes de que las voces se intensificaran, la joven participó en un ritual de iniciación de un club de estudiantes. Se le pidió que imitara actos sexuales y esto precipitó un estado confusional. Después de esto, tenía miedo de haber quedado como una tonta y no se atrevía a regresar al club.

Su susceptibilidad hacia temas relacionados con la sexualidad se remontaba a la infancia. Su madre, que era una paciente psiquiátrica, siempre tuvo una actitud muy negativa y simplista hacia el sexo. Como consecuencia, siendo aún una niña, esta paciente había decidido que no deseaba tener vida sexual y de hecho nunca había tenido una relación sexual.

### ***Interpretación***

Según la joven, las voces no tenían una personalidad fuerte. Le sugerimos que se trataba de sus propios pensamientos expresados en voz alta. Su primera aparición, cuando la paciente tenía 14 años, fue alrededor de la época de su primera menstruación. Se tornaron más negativas tras su experiencia en el ritual de iniciación.

### ***Tratamiento***

Decidimos confrontarla con su decisión de mantener el celibato ya que esto era, de todos modos, lo que las voces hacían. Sentíamos que, de otra manera, corría el riesgo de hundirse cada vez más en el rol de paciente. El día siguiente a esta sesión de tratamiento tuvo relaciones sexuales con un chico al que apenas conocía, tras lo cual tuvo un episodio psicótico.

En conjunto con otros profesionales implicados en su tratamiento, le dimos apoyo a la vez que seguimos confrontándola. Unos meses más tarde, su actitud hacia el sexo había cambiado completamente y se casó poco tiempo después. Se convirtió en una persona más independiente y ahora es mucho menos vulnerable a las voces, las cuales escucha aún de manera ocasional.

### *Conclusión*

Lo que estos ejemplos demuestran es lo bien que las voces conocen a quienes las escuchan. El contenido de las voces siempre es muy pertinente para los pacientes y éstos se sienten aludidos. Las voces pueden referirse a problemas no resueltos de la vida cotidiana, a problemas relacionados con un trauma anterior o a aspiraciones sobre el futuro poco realistas.

Para todo terapeuta que trabaje con personas que escuchan voces, es importante tener en cuenta lo siguiente:

- El contexto social en el que se originó el problema debe cambiar o debe ser identificado como perjudicial.
- El papel de las voces como mecanismo de defensa debe considerarse seriamente. Las interpretaciones psicodinámicas a veces pueden ser peligrosas. Cuando un evento traumático también produce vergüenza o culpa –por ejemplo, después de una violación- las voces actúan como una protección contra éstas. Ser atormentada por las voces puede llegar a ser más tolerable para la persona que reconocer lo que le ha pasado. Es necesario tener habilidades adecuadas para infundir la confianza suficiente en la terapia, de modo que el paciente pueda ventilar los aspectos ocultos de su vida.
- Es importante observar la forma en que las voces se expresan, prestando atención a la metáfora. La forma en que la persona afronta los problemas o las emociones o la forma en que otras personas interactúan con ésta, se refleja en la relación con las voces o está implícita en lo que le dicen.

# PARTE 2

## **ANALIZANDO LAS VOCES**



## La Entrevista

Los tres capítulos siguientes constituyen, de hecho, un manual técnico para guiar el proceso: la entrevista, la redacción del informe y el desarrollo de una hipótesis o constructo. Para realizar un análisis adecuado de las voces es necesario adquirir práctica en cada una de estas etapas. Este capítulo se refiere a la entrevista, que se efectúa utilizando el cuestionario publicado por separado.

Desarrollamos el cuestionario en 1987 con fines de investigación y lo revisamos posteriormente para su utilización en la terapia con personas que escuchan voces. Es de tipo semi-estructurado, explora la experiencia en profundidad y puede ser útil de diversas maneras para las personas que escuchan voces. Hablar de las voces les ayuda a superar la vergüenza y las estimula a describir sus experiencias. Es esencial que el terapeuta demuestre a la persona que escucha voces que admite su experiencia, mostrando un interés completamente libre de prejuicios. De esta forma, formulando las preguntas adecuadas, el terapeuta puede ofrecerle la seguridad de que escuchar voces es un fenómeno ampliamente conocido y hacer que la persona se sienta aceptada. El cuestionario debería facilitar el diálogo sobre las voces y confirmar la realidad de esta experiencia. También constituye un medio a través del cual organi-

zar de forma sistemática diferentes aspectos de las voces lo cual permite lograr una mayor comprensión sobre aspectos como:

- La naturaleza de la experiencia
- Las características de las voces
- Su evolución
- Los desencadenantes
- El contenido
- La forma en que la persona las interpreta
- Su impacto en la vida cotidiana
- La forma en que la persona las afronta

Esto ayuda a las personas a comprender el significado y la función de las voces en sus vidas. Por último, la información obtenida hace posible que el terapeuta desarrolle un constructo explicativo de la relación existente entre las voces y la historia personal.

### *Las habilidades del entrevistador*

El entrevistador debe desarrollar las habilidades siguientes:

- Habilidad y disposición para centrarse en la experiencia del paciente sin olvidar que el paciente es el experto en esta materia.
- Disposición para aceptar y reconocer que la experiencia es real.
- Habilidad para abstenerse de hacer interpretaciones sobre la información durante la entrevista. Resulta muy difícil, tanto para el paciente como para el terapeuta, hablar de una forma abierta sobre influencias que de entrada pueden resultar extrañas e intangibles. Esto requiere mucha práctica.
- Habilidad para adoptar un enfoque periodístico al formular las preguntas. Si, por ejemplo, el/la entrevistado/a le cuenta al entrevistador que ha estado expuesto a rayos X a distancia, puede ser tentador con fines diagnósticos preguntar: "¿Realmente le están dando rayos X o simplemente siente *como si* lo estuvieran irradiando?" Esto podría ayudar al terapeuta a distinguir entre una ilusión y un delirio, pero tiene poco que ver con una exploración más a fondo de la experiencia de la otra persona. En lugar de esto, los entrevistadores deberían seguir una línea de preguntas abiertas preguntando ¿Quién está emi-

tiendo los rayos X? ¿Cuáles son sus motivos? ¿Cómo lo sabe? etc. hasta que se completa la idea. No deberían tratar de adelantarse a lo que el/la entrevistado/a tiene que decir.

- Los entrevistadores deben tener paciencia hasta adquirir práctica en la entrevista. Hay fallos que sólo se pueden solventar con la experiencia. Una historia puede parecer completa, pero una vez terminada la entrevista puede hacerse evidente que falta una información que es crucial para la comprensión de la experiencia. Esto no es grave, siempre se puede hacer mejor en la próxima sesión. Con el tiempo éste será un problema cada vez menor; los entrevistadores aprenden rápidamente a detectar la información que es demasiado vaga y necesita matización, si bien no es fácil comunicar esto sobre el papel.

### *Cómo utilizar el cuestionario*

Es necesario recordar en todo momento que el foco de atención son las experiencias de la persona que escucha voces y tratar de estar abiertos a éstas. Al formular las preguntas, puede ser útil pensar en las voces como si formaran parte de una red social común.

El cuestionario es necesariamente extenso por el hecho de que cubre aspectos muy diversos. Es semi-estructurado, con preguntas abiertas que orientan la conversación hacia el tema de las voces, en lugar de producir respuestas cerradas del tipo "sí" o "no". Debido a su larga duración, recomendamos que no se efectúe toda la entrevista en una única sesión. Esto también le da la oportunidad al interesado/a de pensar las cosas con más detenimiento y ampliar sus respuestas.

Finalmente, las entrevistas son la base para desarrollar el constructo que establecerá la conexión entre los problemas y traumas que las personas han experimentado y el papel de las voces. La entrevista también constituye un espejo que hace que las personas afronten las voces que escuchan y reflexionen sobre ellas. En ocasiones, esto hace que las voces se vuelvan en contra del entrevistador. Si esto se hace muy evidente, deberá explicar al entrevistado que no desea que las voces desaparezcan. Desea conocerlas mejor, saber más sobre su relación, del mismo modo que se interesa por saber más acerca de cualquier otra interrelación de la persona.

La siguiente explicación es esencial para guiar la entrevista de forma adecuada. Le indica, pregunta por pregunta, lo que cada una intenta explorar. Es conveniente que tenga el cuestionario a mano.

### ***1. La naturaleza de la experiencia***

- 1.1 Da una descripción de las voces y brinda a los entrevistados la oportunidad de hablar libremente sobre el tema. También puede ayudar a reducir la tensión. Con frecuencia, las personas no sólo escuchan voces sino que también ven imágenes, que pueden estar o no asociadas a las voces y pueden experimentar sensaciones como, por ejemplo, la de ser tocadas.
- 1.2 Verifica que no existe un sonido externo correspondiente, es decir que las voces son alucinaciones auditivas.
- 1.3 Identifica la fuente de la que provienen las voces.
- 1.4 Comprueba si las voces se atribuyen a otra persona (egodistónicas es decir, "no soy yo") o si se trata de la voz del entrevistado/a mismo/a (egosintónica, es decir, "soy yo"). Esta pregunta se refiere a la percepción de la persona durante la experiencia y no a la interpretación que hace de ésta posteriormente. También es importante preguntar en este punto por qué piensa que la voz es de otra persona. Esto permite aclarar por qué sienten que las voces son ellos mismos u otra persona.
- 1.5 Establece el carácter y grado de relación con las voces. En Psiquiatría, a veces esto permite establecer una distinción entre las alucinaciones reales y las pseudo-alucinaciones. No sería posible hablar con una alucinación real, pero sí con una pseudo-alucinación.

Al final hay un apartado que sirve de guía a los entrevistadores para decidir si la experiencia tiene las características de una alucinación auditiva. Esto se refiere a la percepción de la persona en el momento en que escucha las voces. Se considera una alucinación si:

- Las voces están presentes, pero la fuente no es accesible para otras personas.
- Las voces se experimentan como ajenas a la persona, como "no soy yo".

Los entrevistadores deberían verificar hasta qué grado hay una diferencia entre el momento de la percepción y la interpretación posterior

sobre la experiencia. A veces ocurre que la persona descarta su primera impresión por considerarla imposible y concluye que las voces provienen de "sí misma".

## ***2. Las características de las voces***

- 2.1 Establece cuántas voces se están escuchando en ese momento y si esto ha cambiado a lo largo del tiempo. Indaga si son siempre las mismas voces o si habitualmente la persona escucha diferentes voces. Es necesario tomar nota de esto con exactitud.
- 2.2 Es una lista detallada de cada voz, el nombre que se atribuye a sí misma o que la persona le ha asignado, su edad y sexo, lo que le dice y en qué tono y la frecuencia con que aparece cada una.
- 2.3 Indaga si las voces tienen algún parecido con cualquier persona que conozca el paciente, ya sea en el tono o timbre, en su forma de hablar o en lo que dicen. Algunas veces las voces son explícitas acerca de su identidad. Todos estos datos son vitales para determinar a quién representan las voces.

## ***3. Historia personal de la escucha de voces***

- 3.1 Pide al entrevistado que se remonte a la primera aparición de las voces y a partir de ahí va avanzando hasta el presente, identificando los distintos períodos en que las voces han estado activas.
- 3.2 Trata de averiguar qué sucedió o qué cambios tuvieron lugar en la vida del entrevistado en la época en que comenzaron las voces. Esta pregunta requiere tiempo, de manera que pueda revisar el pasado con los entrevistados y ayudarles a recordar cómo se iniciaron las voces. Permita primero que piensen un poco en ello. Deberían estar en capacidad de producir una respuesta espontánea.
- 3.3 Repasa una lista de hechos y circunstancias que pueden haber precedido el inicio de las voces. Puede leérsela al entrevistado o bien mostrarle la lista. De nuevo, tómesese su tiempo; esto estimula a las personas a pensar en cada situación.
- 3.4 Indaga si el entrevistado mismo puede establecer una conexión entre las voces y una o más de las circunstancias citadas. De ser así ¿cuál es la relación?

#### **4. Los desencadenantes de las voces**

Los desencadenantes son todo aquello que provoca la aparición de las voces en la vida cotidiana. Este conjunto de preguntas investiga también lo que las detiene.

- 4.1 Explora si ciertos lugares, situaciones o actividades actúan como desencadenantes. Trate de averiguar si la persona sabe a qué se debe esto o qué relación tiene con las voces.
- 4.2 Explora qué sentimientos produce la situación que han descrito, en oposición a los sentimientos despertados por las voces.
- 4.3 Trata de identificar los momentos en los que es más o menos probable que la persona escuche las voces, sólo durante los fines de semana o de noche, por ejemplo. De nuevo, trate de averiguar si la persona sabe por qué sucede esto y si había pensado en ello.
- 4.4 Algunas personas escuchan voces que provienen de objetos, plantas, animales o aparatos eléctricos como radios y televisores. Es importante determinar si el objeto en sí mismo actúa como desencadenante, averiguando si, por ejemplo, ciertas personas en televisión hacen comentarios sobre ellas o si un árbol en particular les habla.
- 4.5 Se refiere a los sentimientos que parecen dar lugar a las voces. Formule primero una pregunta abierta y luego pase a enumerar toda la lista. Trate de determinar si la emoción precede a las voces o viceversa.

#### **5. Lo que dicen las voces**

Esta sección analiza la percepción y el contenido de las voces.

- 5.1. Indaga sobre las voces que son amistosas y positivas. Transcriba algunos ejemplos literales de lo que dicen.
- 5.2. Explora la presencia de voces negativas, es decir, que tienen un tono amenazante, hacen comentarios desagradables, son ofensivas, expresan pensamientos desagradables o son muy ruidosas. Nuevamente transcriba lo más literalmente posible el contenido de las voces. Si el entrevistado tiene dificultades para hablar de lo que las voces

dicen en cada caso, dígale que puede apuntarlo en casa la próxima vez que las voces aparezcan y traerlo a la próxima sesión.

- 5.3. Explora los temas, asuntos o personas sobre los cuales hablan las voces. Pueden develar áreas problemáticas de la vida del entrevistado o un trauma del pasado.

## ***6. La explicación sobre el origen de las voces***

- 6.1 Explora la propia explicación del entrevistado acerca de las voces. Debe comprobarse cada opción de la lista y seleccionar más de una explicación si fuera necesario. Elabore un poco más la explicación, si es posible, apuntando cómo se llegó a ésta y si parece ser de tipo psicológico, religioso, místico o personal.
- 6.2 Explora el marco de referencia, es decir, la teoría que la persona tiene sobre el origen de la voz, p. ej., reencarnación, enfermedad, telepatía, etc.

## ***7. El impacto de las voces en la vida cotidiana***

Establece la forma en que las voces quieren influir sobre la persona y el efecto que tienen sobre ésta y sobre otras personas.

- 7.1 Repasa una por una todas de las posibilidades, pidiendo un ejemplo en cada caso. Ésta es también una oportunidad para comentar la forma en que las voces afectan la conducta del entrevistado/a y la de otras personas. ¿Las voces tienen tanta influencia que la persona hace lo que éstas le dicen?
- 7.2 Explora si la persona es feliz con algunas o con todas las voces, ya que no todas las voces son atemorizantes. Cuando las voces son predominantemente positivas, puede ocurrir que la persona no quiera que desaparezcan. Es importante averiguar esto.
- 7.3 Explora si algunas voces son atemorizantes para el entrevistado. Pregunte directamente cómo producen este efecto y si esto siempre ha sido así. Determine con claridad cuáles son las consecuencias. De un ejemplo. Muchas personas temen a sus voces.

- 7.4 Explora si las voces interfieren en las actividades de la vida cotidiana. ¿El efecto es tan profundo que la persona siente que está perdiendo el control de su vida, es decir, se siente incapaz de trabajar o de mantener los contactos sociales?
- 7.5 Clasifica las voces en positivas/negativas/ambas/neutras. El entrevistado puede hacer esto con ayuda del entrevistador. Hemos hallado que esta categorización permite distinguir entre las personas que se convirtieron en pacientes psiquiátricos y aquellas que no. Estas últimas sentían que sus voces eran predominantemente positivas.

### *8. El equilibrio en la relación*

Esta sección explora si la persona que escucha voces y las voces tienen o no una relación equilibrada. En términos generales, a mayor equilibrio y apertura en la relación, menores serán los inconvenientes que la persona tendrá a causa de las voces.

- 8.1 Explora si el entrevistado/a puede influir y si, de hecho, influye sobre las voces. Solicite ejemplos de esto.
- 8.2 Establece quién ejerce el control, si son las voces o la persona. No se trata simplemente de ver si la persona puede influir sobre las voces sino de quién controla las decisiones. Esto puede ser variable si la persona escucha más de una voz, dado que cierta voz puede ser dominante en una ocasión pero no en otra.
- 8.3 Indaga más en profundidad sobre la comunicación y si ésta es de tipo bidireccional. ¿La persona puede hablar con las voces y éstas le responden? ¿La persona habla en voz alta? ¿Se trata de una discusión o de una negociación? Una discusión sólo puede tener lugar si la persona puede hablar con las voces. La negociación es una etapa posterior, dado que la persona puede discutir con las voces e influir sobre éstas. Tome nota de ejemplos. ¿Esto ha cambiado en algún momento?
- 8.4 Investiga si el entrevistado ha recurrido alguna vez al abuso verbal –insultando a las voces. Si es así, ¿qué ocurre entonces?
- 8.5 Investiga si el entrevistado recibe órdenes de las voces. ¿De qué tipo? ¿Se puede negar y de qué forma? ¿Se pone a hacer otra cosa en lugar de seguir las órdenes?

- 8.6 Se centra en la capacidad del entrevistado para controlar la presencia de las voces. Estar "abierto" a las voces significa que las acepta e incluso que tiene la capacidad de invocarlas. "Desconectar" significa que cuando el entrevistado no desea escuchar las voces, éstas obedecen. La capacidad para conectar y desconectar de las voces a voluntad sugiere un mayor grado de control.
- 8.7 Analiza si el entrevistado realmente puede escuchar lo que las voces le dicen o si está tan asustado que no puede o no se atreve a escucharlas. ¿Cómo cambia esto con cada voz y en cada ocasión?
- 8.8 Evalúa la facilidad con la que las voces distraen al entrevistado.

### ***9. Estrategias de afrontamiento***

Esta sección explora todo aquello que el entrevistado hace para relacionarse y "arreglárselas" con las voces y conservar su propia libertad de acción. No se trata de lo que hace en obediencia a las voces. Pase a la lista de estrategias enumeradas. Si el entrevistado responde "sí" a una de ellas, pregunte con qué frecuencia la utiliza y cuál es su efecto sobre las voces (si éstas desaparecen o cambian de características) y sobre el entrevistado mismo (si lo hace sentirse más seguro, menos ansioso, etc.) Cuando una estrategia le ha dado buenos resultados pero no ha sido capaz de ponerla en práctica con más frecuencia, pregunte por qué.

#### ***Estrategias cognitivas***

- 9.1 Rechazarlas: ¿la persona puede rechazar las voces? ¿En qué forma y qué sucede? De un ejemplo.
- 9.2 Ignorarlas: ¿La persona puede fingir que no las escucha? ¿Cómo reaccionan las voces?
- 9.3 Escuchar: ¿La persona escucha cuidadosamente lo que le dicen las voces? ¿Esto le resulta incómodo (resistencia) o le dedica tiempo a las voces (colaboración)?
- 9.4 Escucha selectiva: ¿La persona puede elegir escuchar o no a una voz en particular o ciertas órdenes o comentarios específicos en base a lo que dice la voz? ¿Puede decidir cuándo y dónde escuchar, en compañía o en el trabajo, por ejemplo?
- 9.5 Distraerse pensando en otra cosa: ¿puede distraerse de las voces pensando en otra cosa o tratando de no pensar en absoluto?

- 9.6 Llegar a un acuerdo: ¿Puede llegar a un acuerdo? Por ejemplo ¿Las voces aceptarán presentarse sólo a determinada hora del día, o no alterar la vida cotidiana? (Véase Cap. 10). Esto debe ser recíproco.
- 9.7 Establecer límites: ¿La persona puede limitar la presencia de las voces a determinadas horas, temas, contenidos, volumen, cantidad, etc.? ¿La persona decide hasta qué punto puede llegar la voz?

### *Estrategias conductuales*

- 9.8 Comenzar a hacer algo: ¿El entrevistado inicia una actividad conscientemente con el fin de distraerse de las voces?
- 9.9 Escape físico: ¿Alguna vez se ha ido de un sitio para escapar de las voces?
- 9.10 Buscar a otra persona: ¿Telefonea o visita a alguien cuando las voces están presentes?
- 9.11 Distracciones físicas: ¿La persona puede distraerse realizando una actividad como leer, dar un paseo, limpiar, etc.?
- 9.12 Escritura: ¿Escribe sobre las voces? ¿Apunta lo que las voces le dicen? ¿Lo hace en un diario o sólo se trata de notas ocasionales? ¿Cuándo empezó a hacerlo, para quién lo hace y qué efecto tiene esto sobre las voces?
- 9.13 Rituales: ¿Realiza alguna rutina especial como dibujar una pared protectora alrededor de sí mismo/a, lavarse las manos, decir una oración, ir a un lugar seguro, ya sea en la realidad o en su imaginación, etc.?

### *Estrategias físicas*

- 9.14 Ejercicios de relajación: ¿Este tipo de ejercicios ahuyentan las voces? ¿Sentirse más relajado/a influye en el hecho de que escuches o no las voces?
- 9.15 Medicación: En caso de estar tomando algo, ¿qué toma y en qué cantidad? ¿En qué forma le ayuda esto?

- 9.16 Drogas y alcohol: ¿Consume estas sustancias? ¿Cuáles y en qué cantidad? ¿Qué efecto tienen sobre las voces?
- 9.17 Alimentación: ¿Hay algún alimento/comida que la persona sienta que le ayuda a afrontar las voces?

### *Conclusión*

- 9.18 Revisa qué tipo de estrategia utiliza con más frecuencia, pasiva o activa. Vuelva a las respuestas del entrevistado. Esto también le dará una idea de si se inclina por las estrategias pasivas o activas, si las emplea regularmente o de forma intermitente y no estructurada.
- 9.19 Evalúa la eficacia global de su manera de afrontar las voces.
- 9.20 Explora qué acciones preventivas realiza la persona. Por ejemplo, una chica solía escuchar voces cuando llegaba a casa después de medianoche, por lo que ella y su novio comenzaron a regresar a casa antes de las 12 de la noche. Cuando ella hacía lo que las voces le decían, éstas no volvían a aparecer.
- 9.21 ¿La persona ha utilizado estrategias que han resultado eficaces y que luego ha abandonado? ¿Por qué no ha seguido empleándolas?

## *10. Experiencias de la infancia*

El propósito de esta sección es indagar si ha habido alguna experiencia traumática en el pasado, especialmente durante la infancia. El orden de las preguntas permite ir explorando en mayor profundidad hasta que al final se aborda el tema del abuso sexual.

## *11. Historia de tratamiento*

- 11.1 Aporta una historia cronológica en la que se desglosa el tipo de tratamiento recibido, indicando si fue para tratar las voces o cualquier otra situación.
- 11.2 Indaga si la persona ha hablado sobre las voces con algún profesional y cuál/es.

- 11.3 Especifica el tratamiento recibido –derivación a otro profesional, medicación, psicoterapia, magnetoterapia<sup>3</sup>, etc. ¿Ha sido satisfactorio para el entrevistado? ¿Le ha ayudado? ¿Qué ha hecho para convencer a otras personas de la realidad de las voces? Esto demuestra la determinación de la persona a hacer algo con respecto a su problema y qué tan bien lo afronta.
- 11.4 Indaga qué tratamientos alternativos ha probado. Con frecuencia las personas que escuchan voces tienen una explicación sobre su estado muy diferente a la de los psiquiatras y los psicólogos. Esta es la razón por la cual con frecuencia tienden a buscar ayuda fuera del marco de la medicina convencional.

## ***12. Red social***

Enumera las personas con las que el entrevistado tiene contacto. No es necesario que las identifique por su nombre, sino que bastará con que indique el tipo de vínculo: “tía”, “tío”, “vecino”, etc. Indaga si la persona en cuestión está en conocimiento de la existencia de las voces, si el entrevistado puede hablar con ella/s sobre esta experiencia y con qué frecuencia.

## ***13. Preguntas***

Ofrece al entrevistado la oportunidad de proporcionar de forma voluntaria información adicional sobre cualquier tema o a hacer preguntas.

---

3 Véase p. 172 para mayor información sobre la magnetoterapia.

## El Informe

La etapa siguiente en el análisis de la relación existente entre las voces y la historia personal consiste en la elaboración de un informe bien estructurado. La entrevista debería aportar una detallada información sobre la experiencia de la escucha de voces. A continuación, este material debe ser seleccionado, depurado y organizado cuidadosamente para formar un cuadro lo más claro posible de las voces y de los problemas que representan. Esto le ayudará a recordar la información así como también a desarrollar el constructo (véase Cap. 7).

Los encabezados de la entrevista forman la base sobre la cual se estructura el informe. La dificultad está en decidir qué información incluir y cuál excluir y la forma de procesar toda esta información en un todo ordenado. Las personas que escuchan voces no siempre están habituadas a hablar de su experiencia y están muy influidas por sus voces y sus emociones y por tanto, quizás no sean capaces de hacer un relato claro. No permita que esto afecte el informe; simplemente redacte con precisión la información requerida en cada sección.

En las páginas siguientes se expone un ejemplo basado en un informe real elaborado por un estudiante. Debajo de cada encabezado, en el pri-

mer bloque de texto se enuncia el objetivo de la sección y a continuación se presenta la información facilitada por el estudiante, seguida de nuestros comentarios. Por último, hay un resumen (en cursiva) de la información que se debería presentar. A veces se incluye una sección denominada *Notas para uso terapéutico*, para ser utilizadas en la terapia posteriormente.

### *Datos demográficos*

Es útil comenzar el informe con estos datos, especialmente si el informe se va a discutir dentro de un equipo. Se indica muy brevemente en una o dos oraciones, el sexo, la edad, el estado civil, la estructura familiar, la situación de vivienda, el nivel educativo y la situación laboral del entrevistado. Esto es sólo un esquema general; el exceso de información puede generar confusión.

La Sra. E. van Dijk está divorciada y tiene dos hijos de 11 y 14 años. La niña es la menor y el niño el mayor. Actualmente tiene 36 años. Asistió a una escuela de oficios, posteriormente hizo un curso de podología y le gustaría estudiar peluquería. Actualmente se dedica a las labores del hogar.

- En el informe siempre se utiliza el nombre propio. Esto marca una menor distancia con la persona pero mantiene su identidad.
- No debería suprimirse información importante como, por ejemplo, que vive por su cuenta y que sus hijos viven con el padre.
- Es inútil separar la edad y el sexo. Es más fácil recordar “Tiene una niña de 11 años y un niño de 14”.
- El hecho de que haya hecho un curso de podología y que desea ser peluquera es irrelevante.

*Ellen van Dijk tiene 36 años, es divorciada y vive por su cuenta. Tiene una hija de 11 años y un hijo de 14. Viven con su padre y la mujer de éste. Ellen asistió a una escuela de oficios. Actualmente se dedica a las labores del hogar.*

### *La naturaleza de la experiencia*

En esta sección lo importante es verificar si la experiencia relatada por el entrevistado/a es o no una alucinación, es decir, de dónde provienen las

voces (de su cabeza, de sus oídos o de algún otro lugar). ¿La persona puede escuchar cosas que otras personas no pueden escuchar? ¿Puede hablar con las voces? ¿La voz es egodistónica (“no soy yo”) o egosintónica (“soy yo”), es decir, se trata de su propia voz y pensamientos? El informe debe orientarse hacia las percepciones de la voz tal y como la persona las experimenta, no sobre las teorías o intereses profesionales del terapeuta. También es importante determinar si las voces están asociadas a imágenes visuales, olores o la sensación de ser tocado/a, etc.

La Sra. D. escucha una voz. Esta voz habla continuamente, en un tono demandante, y hace comentarios sobre todo lo que ella hace. Es una voz masculina y la Sra. D. cree que puede ser la voz de un hombre de unos 45 años. Dice que no reconoce la voz como perteneciente a alguien que conozca. La Sra. D. escucha la voz en su cabeza, en medio de los oídos. Dice que sabe que la voz es una parte de ella, pero la percibe como si proviniera de otra persona. La voz no proviene de sus oídos, sino de la región de su cabeza que está entre los oídos. Puede comunicarse con la voz. La Sra. D. ve imágenes sangrientas atemorizantes; por ejemplo, un hombre saltando desde un edificio. Una vez vio como ocurría esto en la vida real. También siente un dolor agudo en varias partes de su cuerpo. Estas experiencias no siempre acompañan a la voz. La Sra. D. dice que la voz siempre está presente, no así las otras sensaciones. Según la Sra. D., la voz es causada por la ansiedad que acumuló durante su matrimonio. Dice que “se hizo vulnerable durante su matrimonio”.

- Las oraciones siguientes deberían suprimirse e incluirse bajo otros encabezados:

“Esta voz habla continuamente, en un tono demandante, y hace comentarios sobre todo lo que ella hace. Es una voz masculina y la Sra. D. cree que puede ser la voz de un hombre de unos 45 años. Dice que no reconoce la voz como perteneciente a alguien que conozca” (Corresponde a la sección 2. *Las características de las voces*).

“La Sra. D. dice que la voz siempre está presente, no así las otras sensaciones. Según la Sra. D., la voz es causada por la ansiedad que acumuló durante su matrimonio. Dice que “se hizo vulnerable durante su matrimonio”. (Corresponde a la sección 6. *La explicación sobre el origen de las voces*).

- Evitar la repetición dentro de una misma sección (“La voz no proviene de sus oídos”, etc.).

*Ellen van Dijk escucha una voz. Escucha la voz en su cabeza. Dice que sabe que la voz es una parte de ella, pero la percibe como si proviniera de otra persona. Puede comunicarse con la voz. Ellen ve imágenes sangrientas atemorizantes; por ejemplo, un hombre saltando desde un edificio. Una vez vio como ocurría esto en la vida real. También siente un dolor agudo en varias partes de su cuerpo. Estas experiencias no siempre acompañan a la voz.*

### ***Las características de las voces***

Esta sección proporciona claves importantes para ayudar a identificar a quién representan las voces. Apunte todas las características posibles. Si hay más de una voz, describa cada una basándose en el esquema presentado en el cuestionario (su posible nombre, edad, sexo, contenido y tono, y frecuencia).

Durante dos años, la Sra. D. ha estado escuchando una voz masculina. La escucha en su cabeza. Dice que no reconoce la voz como perteneciente a alguien que conozca. Cree que puede ser la voz de un hombre de unos 45 años. La voz está presente siempre, habla en un tono demandante, y hace comentarios sobre todo lo que ella hace. La voz suena más suave que la voz del entrevistador. Le habla de forma dictatorial: la Sra. D. debe aprender a tener disciplina; debe ser más pulcra. Le da órdenes como: "Sal de la cama ahora o te daré una puñalada", "Ve a ducharte". Según ella, suena como un amo fastidioso y severo. Si la voz descubre que no ha hecho algo perfectamente, la castiga no permitiéndole hacer cosas placenteras. La amenaza con darle una puñalada y a veces siente un dolor agudo en el cuerpo o bien la amenaza con una muerte horrible. La voz utiliza un lenguaje ofensivo, profiriendo insultos que ella considera hirientes, tales como puta, guarra, etc. La voz no suena similar a la de alguna persona conocida. Le habla directamente a la Sra. D. y sólo habla sobre ella, acerca de la forma en que realiza las actividades diarias, sobre su fracaso como madre, etc. La voz no le da consejos, interrumpe actividades placenteras y refuerza cualquier estado de ánimo que tenga en ese momento. No es servicial e incluso habla mientras ella está conversando con otra persona. La Sra. D. dice que el vocabulario de la voz es diferente al suyo.

- En esta sección es necesario incluir datos sueltos como el sexo, la edad y la forma de hablar de las voces.
- Para organizar la información y mejorar la inteligibilidad, emplee guiones para distinguir los puntos, por ejemplo y elabore frases cortas y concretas.
- Evite los párrafos largos, sin puntuación.

*Ellen escucha una voz masculina.*

- Cree que puede corresponder a la de un hombre de unos 45 años.
- La voz suena más suave que la del entrevistador.
- La voz está presente siempre. Habla en un tono demandante, y hace comentarios sobre todo lo que ella hace.
- La voz utiliza un lenguaje ofensivo, profiriendo insultos que ella considera hirientes, tales como puta, guarra, etc.
- Le habla de forma dictatorial: la Sra. D. debe aprender a tener disciplina; debe ser más pulcra.
- Le da órdenes como: "Sal de la cama ahora o te daré una puñalada".
- Según ella, suena como un amo fastidioso y severo. Si la voz descubre que no ha hecho algo perfectamente, la castiga no permitiéndole hacer cosas placenteras. La amenaza con darle una puñalada y a veces siente un dolor agudo en el cuerpo o bien la amenaza con una muerte horrible.
- La voz no suena similar a la de alguna persona conocida.
- La Sra. D. dice que el vocabulario de la voz es diferente al suyo.

### ***Historia personal de la escucha de voces***

La historia personal es importante ya que las circunstancias que rodearon la primera aparición de las voces pueden aportar una información vital referente a problemas no resueltos. Aborde este aspecto en dos partes:

- La cronología –Cuándo escuchó las voces por primera vez, cuándo las escuchó nuevamente y si hubo algo que las hiciera desaparecer.
- Las circunstancias que rodearon su inicio -Qué sucedió en la vida del entrevistado en cada uno de los períodos en los que escuchó voces, comenzando por la primera vez.

### ***La cronología***

Durante un episodio psicótico en 1991, la Sra. D. escuchó cuatro voces que desaparecieron con la medicación. Durante un episodio psicótico posterior en 1993, escuchó de nuevo las cuatro voces. Tres de ellas desaparecieron con la medicación, permaneciendo una de las voces. Ha estado

escuchando esta voz desde hace unos dos años, desde que tenía 33 años. Antes de 1991, la Sra. D. nunca había escuchado voces.

- Para mayor claridad, cite fechas o edades a lo largo del informe, pero no ambas.

*Durante un episodio psicótico, a la edad de 33 años, Ellen escuchó por primera vez cuatro voces, las cuales desaparecieron con la medicación. Durante un episodio psicótico posterior, a la edad de 34 años, escuchó de nuevo las cuatro voces. Tres de ellas desaparecieron con la medicación, permaneciendo una de las voces. Ha estado escuchando esta voz desde hace unos dos años.*

### ***Las circunstancias que rodearon el inicio de las voces***

La Sra. D. desarrolló una psicosis por primera vez en 1991, después de que su ex esposo intentó acercarse a ella por primera vez tras el divorcio. Le tenía mucho miedo debido a que éste abusó de ella mientras estaban casados. La forzaba a tener relaciones sexuales y cuando él consideraba que ella no lo estaba haciendo suficientemente bien, le pegaba y la obligaba a tumbarse cerca de la cama, como un perro. Un rato después, le preguntaba: "Perra, ¿has aprendido tu lección?". Entonces le pegaba o bien la forzaba a tener relaciones sexuales otra vez.

Cuando su marido inició una relación extramatrimonial, ella tomó la determinación de entablar la demanda de divorcio. Huyó con sus hijos a un centro de acogida para mujeres en la ciudad de O. No obstante, al final su marido se las arregló para averiguar dónde estaba viviendo. Comenzó a escribirles cartas a los niños. Finalmente, ella se fue a vivir a un apartamento en la ciudad. Los niños se fueron a pasar las vacaciones con su padre. Ella se aseguró de que no tendría contacto con él; él recogería a los niños en la puerta y los dejaría allí a la vuelta. Un tiempo después, su marido la abordó, subió las escaleras y pasó el apartamento. Ella se asustó mucho. En una oportunidad, trajo con él a su segunda esposa, que estaba embarazada. Preguntó si los niños podrían estar presentes para el parto y ella comenzó a sospechar de él. Durante una visita posterior, comenzó a pensar que su ex-marido y su esposa habían inyectado insulina en sus capsulas de vitaminas. Posteriormente fue ingresada en un hospital psiquiátrico con un episodio psicótico. Su ex-marido se llevó a los niños a vivir con él sin consultárselo.

Según la Sra. D., no hubo una causa inmediata para su segundo episodio psicótico en 1993. A partir de entonces, comenzó a escuchar la voz

actual. Necesitó un par de años para darse cuenta de la causa. La voz está presente todo el tiempo. Se torna más violenta cuando ella se siente sola y triste. Últimamente, la voz es especialmente violenta debido a que la Sra. D. echa de menos a sus hijos. Tiene poco contacto con ellos porque su ex-marido la ha calificado como una “paciente psiquiátrica peligrosa”.

- Obtenga la mayor cantidad posible de información objetiva y concreta al explorar las circunstancias que rodearon el inicio de las voces.
- En este caso, la versión del estudiante es adecuada y no requiere modificaciones hasta el final del párrafo. Las oraciones siguientes deberían suprimirse e incluirse bajo otros encabezados:

“La voz está presente todo el tiempo”. (Corresponde a la sección 2. *Las características de las voces*).

“Se torna más violenta...” hasta el final del párrafo. (Corresponde a la sección 4. *Los desencadenantes de las voces*).

### *Los desencadenantes de las voces*

Esta sección explora la situación presente. Establece cuál es la relación con las emociones, las circunstancias o las situaciones que desencadenan las voces o provocan un cambio en ellas (más altas, más negativas, por ejemplo). ¿Las voces evocan emociones, o sucede al contrario? ¿Las voces son provocadas por sentimientos ya existentes que se ven reforzados por las voces?

(No había nada debajo de este encabezado. De hecho, la información relevante estaba expuesta en la sección 3. *Historia personal de la escucha de voces*).

- Esto debería revelar que los desencadenantes de Ellen son el sentirse sola y triste.
- Nótese que la última frase de la versión final (más arriba) aclara la causa del efecto desencadenante.

*La voz se torna más violenta cuando Ellen se siente sola y triste. Recientemente, la voz es especialmente violenta debido a que Ellen echa de menos*

*a sus hijos. Tiene poco contacto con ellos porque su ex-marido la ha calificado como una "paciente psiquiátrica peligrosa".*

### ***El contenido de las voces***

El contenido ayuda a identificar a quién representan las voces. Puede revelar también los problemas subyacentes a la experiencia, en algunos casos claramente, en este caso concreto a través del tema de sus emociones. Las citas textuales aparecerán también en otras secciones. Esta repetición no tiene importancia; el objetivo es obtener un relato textual y exhaustivo y una perspectiva completa en el mismo apartado.

La voz habla de forma dictatorial: la Sra. D. debe aprender a tener disciplina; debe ser más pulcra. Le da órdenes como: "Levántate de la cama ahora o te doy una puñalada", "Ve a ducharte". Según ella, suena como un amo fastidioso y severo.

Si la voz descubre que no ha hecho algo perfectamente, la castiga no permitiéndole hacer cosas placenteras. La amenaza con darle una puñalada y a veces siente un dolor agudo en el cuerpo o bien la amenaza con una muerte horrible. La voz emplea un lenguaje ofensivo, profiriendo insultos que ella considera hirientes, tales como puta, guarra, etc. La voz no suena similar a la de alguna persona conocida. Le habla directamente a la Sra. D. y sólo habla sobre ella, acerca de la forma en que realiza las actividades diarias, sobre su fracaso como madre, etc. La voz no le da consejos, interrumpe actividades placenteras y refuerza cualquier estado de ánimo que tenga en ese momento. No es servicial e incluso habla mientras ella está conversando con otra persona.

Las oraciones siguientes deberían suprimirse e incluirse bajo otros encabezados:

*"Según ella, suena como un amo fastidioso y severo". (Corresponde a la sección 2. *Las características de las voces*).*

*"Si la voz descubre que no ha hecho algo perfectamente, la castiga no permitiéndole hacer cosas placenteras". (Corresponde a la sección 7. *El impacto de las voces en la vida cotidiana*)*

*"La voz no le da consejos, interrumpe actividades placenteras y refuerza cualquier estado de ánimo que tenga en ese momento. No es ser-*

cial e incluso habla mientras ella está conversando con otra persona". Corresponde a la sección 2. *Las características de las voces*).

*La voz habla de forma dictatorial: Ellen debe aprender a tener disciplina; debe ser más pulcra. Le da órdenes como: "Levántate de la cama ahora o te doy una señalada", "Ve a ducharte". La voz emplea un lenguaje ofensivo, empleando muchos insultos que ella considera hirientes, tales como puta, guarra, etc. La voz habla sobre ella, acerca de la forma en que realiza las actividades diarias, sobre su fracaso como madre, etc.*

### ***Explicaciones sobre el origen de las voces***

Por lo general, las personas que escuchan voces exponen su propia explicación o interpretación detalladamente. En el informe, se deben evitar las frases largas y tratar de reflejar la línea general de pensamiento. Algunas personas –e incluso algunos terapeutas– incurrir en el error de creer que la solución a su problema subyace en estas explicaciones.

La explicación nos indica si la persona se siente impotente o no. Si cree que las voces constituyen una enfermedad, por ejemplo, o que son omnipotentes, esto hará que la persona se sienta indefensa. Las intervenciones orientadas a desafiar estas creencias (véase Cap. 11) pueden mitigar este problema. Pero con independencia de lo importante que pueda ser, esto es sólo una parte del problema. Modificar las creencias no resuelve el problema socioemocional que está en la raíz de la escucha de voces (Véase Cap. 7).

Las personas que escuchan voces suelen tener una serie de teorías. Puede haber una conexión lógica entre ellas. De no ser así, probablemente aún están buscando una explicación adecuada.

La Sra. D. considera que la voz es una parte de sí misma, el síntoma de una enfermedad.

- Esto es correcto, pero no llega suficientemente lejos.
- Hay información adicional relevante en la sección 1. *La naturaleza de la experiencia.*

*Ellen considera que la voz es una parte de sí misma, el síntoma de una enfermedad. Según ella, la voz es causada por la ansiedad que acumuló durante su matrimonio.*

### *El impacto de las voces en la vida cotidiana*

Esto tiene implicaciones importantes en la terapia dado que la investigación ha demostrado que un impacto negativo afecta la capacidad de las personas para funcionar en la vida cotidiana.

La voz no le da consejos, interrumpe actividades placenteras y refuerza cualquier estado de ánimo que tenga en ese momento. No es servicial e incluso habla mientras ella está conversando con otra persona. La Sra. D. dice que el vocabulario de la voz es diferente del suyo. La voz, con sus órdenes y prohibiciones, le aterra. Dice que no puede centrarse en el mundo externo cuando la voz está hablando. La Sra. D. a veces trata de entablar un diálogo con la voz. Se las arregla por un rato, pero entonces él se pone furioso sin motivo aparente. Cuando ella le pide que se calle, él le dice que tiene que ganárselo. Sólo cuando la voz la acusa de ser una mala madre ella no está de acuerdo, y finalmente la voz debe admitir que ella tiene razón. La Sra. D. dice que no tiene ninguna influencia sobre la voz. Le gustaría librarse de él porque altera su vida por completo. "Sin la voz, sería capaz de empezar una nueva vida, hacer amigos y cuidar de mis hijos de nuevo".

Las oraciones siguientes deberían suprimirse e incluirse bajo otros encabezados:

"La Sra. D. dice que el vocabulario de la voz es diferente del suyo".  
(Corresponde a la sección 2. *Las características de las voces*).

"La Sra. D. a veces trata de entablar un diálogo con la voz. Se las arregla por un rato, pero entonces él se pone furioso sin motivo aparente. Cuando ella le pide que se calle, él le dice que tiene que ganárselo. Sólo cuando la voz la acusa de ser una mala madre ella no está de acuerdo y finalmente la voz debe admitir que ella tiene razón". (Corresponde a las secciones 9 y 8, *Estrategias de afrontamiento y Equilibrio en la relación*, respectivamente).

"La Sra. D. dice que no tiene ninguna influencia sobre la voz".  
(Corresponde a la sección 8. *Equilibrio en la relación*).

*La voz no le da consejos, la critica, interrumpe actividades placenteras y refuerza cualquier estado de ánimo que tenga en ese momento. No es servicial e incluso habla mientras ella está conversando con otra persona. La voz, con sus órdenes y prohibiciones, le aterra. Dice que no puede centrarse en el mundo exter-*

*no cuando la voz está hablando. Le gustaría librarse de él porque altera su vida por completo. "Sin la voz, sería capaz de empezar una nueva vida, hacer amigos y cuidar de mis hijos de nuevo".*

### ***El equilibrio en la relación***

Esta sección se refiere a la relación existente entre la persona y las voces y, particularmente, a su influencia sobre estas últimas. Las personas que no tienen problemas con sus voces sienten que éstas les ayudan y por tanto valoran la relación. En los casos de quienes tienen problemas con las voces, por lo general, esto se debe a que la relación es desigual. Estas personas no tienen suficiente influencia sobre las voces para afrontarlas, si bien algunas veces pueden establecer límites (como en el ejemplo anterior).

(El estudiante no presentó información bajo este encabezado. La información relevante tuvo que extraerse de otra sección).

*Ellen dice que no tiene ninguna influencia sobre la voz. A veces trata de entablar un diálogo con la voz. Se las arregla por un rato, pero entonces él se pone furioso sin motivo aparente. Cuando ella le pide que se calle, él le dice que tiene que ganárselo. Sólo cuando la voz la acusa de ser una mala madre ella no está de acuerdo, y finalmente la voz debe admitir que ella tiene razón.*

La última parte relata algo referente tanto a la relación como a la forma en que la persona la afronta. Por tanto es perfectamente válido incluirlo en esta sección así como también en la de *Estrategias de afrontamiento*.

### ***Estrategias de afrontamiento***

¿Qué hace la persona cuando escucha las voces? El cuestionario propone una serie de posibilidades. Es poco probable que alguien seleccione todas las estrategias, pero la idea es explorar de forma lo más exhaustiva posible lo que la persona hace, los resultados que obtiene con esto y la razón por la que no emplea estrategias alternativas. Esto último, por ejemplo, podría estar relacionado con que la persona se siente ansiosa acerca de lo que las voces pueden hacer, o porque las voces se lo prohíben o porque no se le había ocurrido la idea.

Es recomendable presentar este material de forma muy estructurada.

### ***Estrategias cognitivas***

- Trata de hablar con la voz.
- A veces trata de rechazarla, pero esto no funciona.
- También trata de dejar de pensar, pero esto tampoco funciona.
- La voz no es muy sumisa.

### ***Estrategias conductuales***

- Se atreve a postergar órdenes.
- No trata de escapar de la voz físicamente.
- Siempre escucha lo que la voz le dice.
- Llevó un diario durante un tiempo, hasta que la voz se lo prohibió.

### ***Estrategias físicas***

- A veces hace ejercicios de relajación.
- Toma la medicación.

## ***Conclusión***

La estrategia que la Sra. D. emplea con más frecuencia es escuchar lo que la voz le dice y establecer un diálogo con ésta. Transcurrido un tiempo, la voz se pone furiosa por considerar que la Sra. D. es inferior.

- Se ha omitido la estrategia de establecer límites.
- La conclusión no está suficientemente elaborada. Tampoco se ha hecho una clara diferenciación entre las estrategias que Ellen utiliza y las que no utiliza. Establecer dicha diferenciación tendría una mayor utilidad terapéutica que adherirse rígidamente al formato del cuestionario.

*Comenzamos con la conclusión para tener una visión de conjunto.*

*La estrategia que Ellen utiliza con más frecuencia es escuchar lo que la voz le dice y mantener una conversación con ésta. Transcurrido un tiempo, la voz se pone furiosa por considerar que Ellen es inferior. Él comienza a amenazarla y Ellen se queda callada. Cuando desde el punto de vista de Ellen, él llega demasiado lejos, ella puede establecer límites, por ejemplo, cuando la acusa de ser una mala madre. Ella se opone intensamente a esta idea y finalmente la voz tiene que*

*admitir que Ellen tiene razón. El establecimiento de límites podría hacerse de forma más sistemática.*

*Ellen utiliza con más frecuencia estrategias de afrontamiento pasivas:*

- Escuchar lo que la voz le dice.
- Distraerse realizando otra actividad.
- Hacer ejercicios de relajación.

*No ha progresado demasiado con estas estrategias y sólo emplea algunas estrategias de afrontamiento activas. No es muy perseverante con ninguna.*

*Otras estrategias que Ellen ha probado sin éxito son:*

- Rechazar la voz (la voz consideró que esto era chantaje).
- Ignorarle (la voz interfiere entonces en su concentración).
- Llegar a acuerdos mutuos (pero ella no los mantiene).
- Tomar la medicación (no tiene efecto sobre la voz).
- Tratar de no pensar (no funciona).
- Llevar un diario (prohibido por la voz).

### ***Notas para uso terapéutico***

Es significativo el hecho de que Ellen sólo consigue establecer límites eficazmente cuando la voz llega demasiado lejos. No se las arregla bien con la voz, cede fácilmente porque siente que la voz es más fuerte que ella. No ha utilizado estrategias de afrontamiento activas, tales como visitar a alguien, hablar con alguien acerca de la voz, contestarle a la voz e insistir aunque la voz se enfade, etc. Todos estos aspectos podrían comentarse y ello permitiría a Ellen comenzar a oponerse a la voz con la ayuda de las técnicas a corto plazo (véanse Cap. 10 y *Aumento de las estrategias de afrontamiento* en el Cap. 11).

En la próxima sesión pueden formularse más preguntas abiertas referentes, por ejemplo, a mantener un diálogo con las voces. ¿Cómo se desarrolla la conversación? ¿Qué argumento utiliza Ellen y cómo se opone a éste la voz? ¿Cuál es entonces la reacción de Ellen? Se le puede preguntar si cuando la voz está enfadada, ella siente que están en igualdad de condiciones; si está de acuerdo con la voz cuando ésta le dice que ella es inferior y si se defiende de sí misma ¿Qué sucede con sus sentimientos cuando la voz se enfada? ¿Cómo reacciona entonces?

Esta información es relevante para la terapia con el fin de ayudar a Ellen a fortalecerse con respecto a la voz y también con respecto a otras personas.

### *Experiencias de la infancia*

La mejor vía para que un niño pueda formarse una buena imagen de sí mismo y una actitud positiva que le ayuden a afrontar las vicisitudes de la vida, es crecer en un entorno sano en el cual esté rodeado de atención, aprecio y estímulo. Desafortunadamente, no todas las personas tienen este tipo de infancia. Un niño al que desde muy temprano se le hace sentir inseguro, puede tener dificultades para desarrollar apego hacia otras personas. Cuando el niño es constantemente objeto de culpabilización, abuso, no sólo sexual, por parte de sus hermanos/as o de otras personas, esto interfiere con su autoimagen y con la habilidad para aprender a cuidar de sí mismo. Unas pautas de crianza agresivas, descalificadoras o, por el contrario, un entorno sobreprotector, comprometen la capacidad del niño para desarrollar su propia identidad. Los niños que crecen sintiéndose inseguros de sí mismos o cuyos mecanismos de defensa no funcionan adecuadamente, pueden tener dificultades para afrontar los problemas en el futuro. Esto puede llegar a ser más grave si posteriormente son sometidos a situaciones que traspasan los límites personales, como sucede en el caso de cualquier forma de abuso.

La Sra. D. dice que tuvo una infancia alegre. "Era una pequeña rubia y dulce". Tiene un hermano y tres hermanas y tiene buenas relaciones con ellos. Su vida escolar fue buena. La Sra. D. comenta que la molestaban en la escuela primaria, pero que su padre detuvo esta situación haciendo guardia en el patio de la escuela. Tiene una buena relación con sus padres.

- Las oraciones siguientes deberían incluirse en la sección 12. *Relación social*:

"Tiene un hermano y tres hermanas y tiene buenas relaciones con ellos".

"Tiene una buena relación con sus padres".

*Ellen dice que tuvo una infancia alegre. "Era una pequeña rubia y dulce". Su vida escolar fue buena. Ellen comenta que la molestaban en la escuela primaria, pero que su padre detuvo esta situación haciendo guardia en el patio de la escuela.*

### *Notas para uso terapéutico*

Parece ser que Ellen no aprendió a defenderse cuando era una niña y esto puede estar influyendo en su actitud hacia la voz, es decir, que tiene poca capacidad para afrontar problemas graves (la oración "Era una pequeña rubia y dulce" no la describe precisamente como una luchadora). Este aspecto requerirá atención específica en las sesiones posteriores.

### *Historia de tratamiento*

Se refiere a cualquier terapia que el/la entrevistado/a haya recibido, especialmente aquellas centradas en la escucha de voces. Se trata de obtener una visión de los intentos terapéuticos que ha realizado hasta ahora para afrontar las voces. Al revisar las terapias anteriores de los pacientes, encontramos que las terapias proporcionadas en el marco tradicional de la salud mental rara vez se centran explícitamente en las voces. Esto puede deberse a que este tipo de terapia no está enfocada a la exploración de estas experiencias, o a que las personas no admiten el hecho de que escuchan voces.

En los últimos cinco años, la Sra. D. ha estado ingresada varias veces en un hospital psiquiátrico con el diagnóstico de "psicosis y depresión". Le contó a los terapeutas acerca de su voz, pero ellos no pudieron hacer mucho por ella, excepto prescribirle la medicación. Le dieron muchos consejos y sugerencias sobre formas de distraerse.

- Este punto es significativo y esclarecedor y no requiere cambios.

### *Red social*

El objetivo de este apartado es aclarar con qué personas puede hablar sobre las voces. Ello demuestra el grado de aceptación de las voces no sólo por parte de la persona que las escucha sino por quienes le rodean. Debería revelar también qué sucede si una figura significativa en la vida del paciente no puede aceptar las voces, o si éste se ha aislado socialmente.

La Sra. D. tiene una buena relación con algunas personas. Estas personas tienen conocimiento sobre la voz, pero desconocen su contenido. La Sra. D. tiene una buena relación con su familia. En los tiempos difíciles, puede irse a vivir con ellos. La familia también desconoce el contenido de la voz.

- No se dispone de información específica sobre su marido. Aunque se menciona en la sección 3. *Historia personal de las voces*, debería incluirse en el presente apartado alguna información referente a la incapacidad de éste para aceptar las voces.

*Ellen tiene amigos con los que mantiene una buena relación. Ellos tienen conocimiento sobre la voz, pero desconocen su contenido. Ellen tiene mucho contacto con su familia. En los tiempos difíciles, puede irse a vivir con ellos. Su familia también desconoce el contenido de la voz. Sin embargo, debido a las voces, su ex-marido la califica como una paciente psiquiátrica peligrosa y la ha apartado de sus hijos.*

### ***Notas para uso terapéutico***

En la terapia deberá prestarse más atención a las defensas de la paciente. Es muy significativo que en una situación muy importante como fue la referente a la custodia de los niños, la influencia del marido sobre ella y su propia incapacidad para afrontar esto parecen constituir un problema. El entrevistador deberá incluir este aspecto en el informe. Este tipo de información le será útil para subrayar la debilidad de las defensas y las consecuencias específicas de dicha debilidad sobre la escucha de voces. De este modo, podrá comentarse este tema con el paciente en el contexto de la terapia.

### ***Discusión sobre el informe***

Puede ser útil comentar con el equipo el informe final, pero esto sólo será posible si sus colegas son receptivos al enfoque aquí expuesto. El esfuerzo conjunto contribuirá a identificar los apartados que carecen de claridad o a detectar las omisiones del informe.

Es más importante aún comentar el informe con el cliente, en primer lugar para evitar las malas interpretaciones y para añadir toda la información necesaria. El informe tiene como objetivo mantener abierto el diálogo y estimular la reflexión sobre las voces. Al comienzo de la terapia puede serle útil para establecer una guía a la que puede recurrir con la frecuencia que estime conveniente.

## El Constructo

**E**l desarrollo de un constructo es la etapa final en el análisis de la relación entre la escucha de voces y la historia personal. El propósito principal es dar respuesta a estas dos preguntas:

- ¿A quién representan las voces?
- ¿Qué problemas representan las voces?

Ambas preguntas apuntan al propósito fundamental de todo el análisis – no se trata de ¿por qué el paciente escucha voces? sino de ¿cómo podemos darle sentido a las voces? Esta distinción es muy importante ya que refleja dos actitudes diferentes. La pregunta sobre el por qué, se refiere a las causas y constituye necesariamente el punto final de la discusión. En el caso de la escucha de voces, sabemos que la respuesta no es simplemente “una enfermedad”. La pregunta por el cómo, requiere una indagación más abierta que invita a una mayor implicación de las personas que escuchan voces. Pretende dar inicio a un viaje exploratorio. Este es un buen punto de partida para indagar “¿con quién?” así como “¿con qué?” la persona ha podido tener dificultades en la vida. El objetivo de un cons-

tracto es restablecer una continuidad en la historia personal que puede haberse visto interrumpida por la aparición de las voces.

Por tanto, un constructo no puede imponerse a la persona sino que, por el contrario, debe ofrecérsele de forma tentativa. Cuando el cliente no está de acuerdo con una posibilidad, deberán buscar conjuntamente un constructo diferente. El proceso de aceptación de las voces como parte de la experiencia personal puede comenzar entonces.

Un constructo proporciona al terapeuta y a la persona que escucha voces una forma de estructurar su pensamiento –un asidero firme en medio del caos. Para crear este constructo, la información debe depurarse y presentarse de forma clara en los cinco apartados siguientes:

- La identidad de las voces.
- Sus características, incluyendo el contenido.
- La historia.
- Los desencadenantes, incluyendo el impacto.
- La infancia y la adolescencia.

La identidad y las características permiten determinar a quién representan las voces. La historia y los desencadenantes revelan los problemas socioemocionales subyacentes. Usualmente aunque no siempre, el problema de fondo está relacionado con la persona a la que las voces representan. El material de la infancia debería confirmar el constructo y servir de base para plantear un argumento plausible de los motivos por los cuales la persona no fue capaz de afrontar el problema que hizo necesaria la ayuda psiquiátrica.

El desarrollo de un constructo requiere práctica. Al principio, el entrevistador puede tener una sensación de desorientación, de no saber muy bien cómo enfocarlo y quizás se sienta inseguro con respecto a sus propias conclusiones. Al elaborar el constructo le será útil citar las propias palabras del paciente recogidas en el informe. Asegúrese siempre de que los cinco puntos o más sean consistentes entre sí. Para una mayor comprensión de este aspecto, pasamos a analizar dos ejemplos (el primero es un constructo basado en el informe del Cap. 6).

No existe un buen constructo o un mal constructo. Puede haber varias alternativas igualmente válidas. Debe tener esto presente la primera vez que comente el informe con el cliente.

## *Ejemplo de constructo*

### *Identidad*

Voz masculina, 45 años, un amo severo.

### *Características*

Demandante: ser más disciplinada, más pulcra. (Amenaza de una muerte horrible). Prohibitoria: está prohibido hacer cosas agradables.

Abusiva: "puta", "guarra", "mala madre".

Dictatorial: "Sal de la cama o te daré una puñalada". "Ve a ducharte".

### *Historia*

Primera aparición: Tras el encuentro con su ex-marido (1991).

Segunda aparición: Cuando su ex-marido se llevó a sus hijos (1993).

### *Desencadenantes*

La voz siempre está presente.

Es más violenta cuando la cliente se siente sola y triste.

Impacto: la ansiedad con respecto a las voces parece reflejar la ansiedad hacia el ex-marido.

### *Infancia*

No aprendió a defenderse por sí misma, su padre siempre lo hizo por ella.

La voz se parece a su ex-marido; es estricta, masculina, como de unos 45 años de edad y comparte algunas características de su conducta ("Sal de la cama". "Ve a ducharte"). La historia personal de la cliente sugiere que el hecho de haber perdido a sus hijos constituye un problema socioemocional crítico. A partir de ese momento, la voz ya no desapareció. La persona representada por la voz, su ex-marido, está asociada de forma evidente con este problema. El primer contacto en 1991 fue muy atemorizante, y el segundo, en 1993, lo fue más aún dado que entonces perdió a sus hijos. Además del trauma del contacto con este hombre, ya estaba pre-dispuesta desde la infancia a tener dificultades para afrontar la agresión.

Nuestro constructo se reduce a lo siguiente: la voz representa a su ex-marido; el conflicto socioemocional es "la pérdida de sus hijos", lo cual no es capaz de resolver ni de asumir. Mientras no resuelva este conflicto, sospechamos que seguirá escuchando la voz. Ella no puede afrontar la voz porque, en nuestra opinión, nunca ha sido una luchadora. Esto ha sido evidente desde su infancia, posteriormente en su relación con su ex-marido y, por último, cuando éste la apartó de sus hijos. No sólo es incapaz de

enfrentar a su ex-marido, sino también de ejercer sus derechos con respecto a sus hijos. De este modo, las cinco categorías se relacionan con la pérdida de sus hijos.

En el siguiente capítulo, describiremos cómo puede utilizar los constructos como punto de partida para las intervenciones. Antes de ello reproduciremos un segundo ejemplo de informe para que practique la elaboración de su propio constructo y pueda compararlo con nuestra versión, presentada a continuación del informe. Los datos del informe son bastante escuetos ya que sólo se ha incluido la información relevante a las cinco categorías, lo que facilita la elaboración del constructo pero que, por su tono más distante y neutro, será menos útil como herramienta para construir una relación cliente-terapeuta basada en la confianza. Le recomendamos que en su propio informe profundice más en los detalles, de modo que la discusión sobre la historia personal tenga un mayor contenido emocional. Disponer de más información también servirá de estímulo para que la persona reflexione sobre la relación entre las voces y su historia personal.

### *Ejemplo de informe: Rita*

#### *Datos demográficos*

Rita tiene 44 años. Está casada y tiene dos hijos, un chico de 18 años y una chica de 13. Es ama de casa.

#### *La naturaleza de la experiencia*

Rita escucha una voz. Otras personas no pueden escuchar la voz. La escucha en su cabeza y la siente en su pecho y en su corazón. Tiene la sensación de que la voz está dentro de ella.

#### *Características de las voces*

Escucha la voz de su padre. Es una voz profunda. Aparece unas tres veces al día. Tiene 52 años, la edad que tenía su padre cuando murió. No envejece con el paso del tiempo.

#### *Historia personal de la escucha de voces*

Su padre abusó de ella sexualmente. Se ahorcó cuando ella tenía 19 años (hace 24 años). Ella lo encontró. Escribió una carta de despedida dirigida a ella, en la que le decía: "Adiós Rita, Tu padre". Poco después de la muerte de su padre, comenzó a escuchar la voz. No puede creer que su padre está muerto y lo siente dentro de ella.

***Desencadenantes***

La voz aparece de forma impredecible. Cuando ella está entusiasmada con algo, aparece la voz y lo arruina todo. Le dice: "No te lo mereces, debes ser castigada".

***Contenido de las voces***

La voz nunca es positiva o amistosa. Le dice, "Mereces un castigo", "Vas a tener cáncer", "No tendrás hijos". También le da órdenes, "Acaba con tu vida".

***Explicaciones acerca de las voces***

La voz proviene del espíritu de su padre. Después de su muerte tomó posesión de ella.

***El impacto de las voces***

La voz tiene una profunda influencia sobre ella. Entra en pánico y experimenta una gran ansiedad. No logra concentrarse. Siente que está poseída por su padre. La voz le da órdenes e interfiere en las actividades placenteras. La domina de modo tal que ella no puede distinguir quién de los dos es el que está pensando. Querría poder deshacerse de él.

***El equilibrio en la relación***

Rita lucha contra la voz. Se siente impotente en su presencia. No conversa con la voz. A veces emplea un lenguaje fuerte hacia él, "Déjame en paz". Rita se resiste a obedecer las órdenes, pero desafortunadamente pierde el control de la situación. Se siente obligada a hacer cosas. Tiene miedo de que él adquiera mayor poder sobre ella y que empiecen a sucederle cosas que ella no desea. Cada vez con mayor frecuencia, piensa "Si acabo con mi vida, todo estará resuelto".

***Estrategias de afrontamiento***

Estrategias cognitivas:

- Rita puede rechazar la voz a veces.
- No desea escuchar lo que la voz le dice.
- No puede llegar a un acuerdo con la voz.

Estrategias conductuales:

- Ponerse a hacer algo funciona a veces.
- A veces logra escapar de la voz.
- Distraerse con algo funciona a veces.

**Estrategias físicas:**

- Rita no utiliza estrategias físicas.

**Conclusión:**

- Básicamente Rita emplea estrategias conductuales y éstas funcionan algunas veces. No suele emplear estrategias cognitivas y no recurre estrategias físicas.

***Experiencias de la infancia***

Había muchas tensiones en el hogar. Su padre bebía mucho y abusó de su mujer y sus hijos gravemente. Había muchas peleas. Su madre también bebía. Rita se sentía muy insegura en el hogar y el vínculo que tenía con su madre era débil. Era frecuente que la llamaran con apodos y la menospreciaran, y sentía que no era una niña deseada por sus padres. Su madre ignoraba a su padre, al igual que el resto de la familia. Su padre la hacía salir de la cama para hablarle de sus problemas. Ella le tenía miedo, pero también sentía lástima por él. Había estado ingresado en varios hospitales. Su padre abusó sexualmente de ella entre los 5 y 11 años de edad. Esto comenzó cuando su hermana mayor se fue de la casa. Su padre había abusado de ella también, pero no desea hablar de ello. El padre dejó de abusar de Rita cuando ésta tuvo su primera menstruación. Recientemente, se ha enterado de que tiene un medio hermano. Su madre siempre mantuvo esto en silencio.

***Historia de tratamiento***

Hace diez años, Rita acudió a la consulta externa del hospital psiquiátrico local a causa de síntomas fóbicos. Después de dos entrevistas, se sintió confusa y regresó con su médico de cabecera. Dos años antes un psiquiatra de la consulta externa la trató por depresión. Ha estado viendo a un psicoterapeuta durante el último año. Ha comenzado a hablar con su terapeuta sobre el incesto.

***Red social***

Aparte de su familia, Rita tiene poco contacto con otras personas. Sólo su esposo tiene conocimiento de la voz. La relación con su hermana mayor es problemática.

***Ejemplo de constructo: Rita***

***Identidad***

La voz (la de su padre) tiene 52 años.

### **Características**

La voz nunca es amistosa. Le dice que merece un castigo.

### **Historia**

Su padre se suicidó y sólo dejó una nota para Rita, que fue quien lo halló. Empezó a escuchar la voz a raíz de este hecho, hace aproximadamente 24 años.

### **Desencadenantes**

Cuando ella está entusiasmada, la voz le dice: "No te lo mereces".

### **Infancia**

Su padre abusó de ella sexualmente. Además:

- Su padre era alcohólico.
- Le hablaba de sus problemas.
- Rita le tenía miedo, pero también sentía lástima por él.

Las cinco categorías apuntan a los problemas con el padre. La voz representa un conflicto emocional relativo a una interacción, es decir, el incesto; en el caso de Rita el resultado era totalmente predecible. Hizo todo lo que pudo, resistiendo como lo hizo, hasta que él murió. Tiene dificultades para aceptar su "muerte auto-inflingida" y aún tiene muchas preguntas sin respuesta: él estaba enfermo, pero también abusó de ella; fue la única persona a la que le dejó una carta de despedida, etc.

Cabe deducir de los dos ejemplos citados que los problemas conllevan paradojas inherentes. En el primer ejemplo, tenemos un esposo agresivo y en el segundo, un padre incestuoso. La realidad no se corresponde con la imagen del rol de padre. En ambos casos, las víctimas no perciben lo ocurrido como algo inflingido sobre ellas por un agente externo, sino que se sienten responsables por ello: "Yo tengo la culpa de que mi marido reaccione de ese modo", y "Yo debería haber evitado que mi padre se acostara conmigo". La tarea más difícil e incluso la más esencial en el proceso terapéutico es cambiar esta convicción de la persona y pasar de la posición "Yo tengo la culpa" a "Soy inocente". Suena como algo muy simple, pero no es una tarea fácil; es dolorosa y agotadora. Hay un ejemplo interesante descrito por Ron Coleman (1999) en la p. 80 de su libro, *Recovery – an Alien Concept* (Literalmente "La Recuperación –un concepto extraño"). Otro trabajo de gran utilidad sobre las consecuencias del trauma y el proceso de recuperación es *Trauma and Recovery* (Literalmente "Trauma y Recuperación") de Judith Herman.



# PARTE 3

## INTERVENCIONES



### Aprender a relacionarse con las voces: Fases e intervenciones relacionadas

**A**prender a relacionarse con las voces es un proceso. En base a nuestros encuentros con personas que escuchan voces, hemos dividido este proceso en tres fases distintas (Romme y Escher, 1989, 1993):

#### *Fase aguda*

En esta etapa, las personas aún se sienten desbordadas por la experiencia de escuchar voces que les resulta nueva y extraña. Por lo general, para los pacientes psiquiátricos, las voces son tan atemorizantes y la experiencia tan poco familiar que les produce una gran confusión. La ansiedad con respecto a las voces constituye el síntoma más abrumador y limitante durante esta fase, en la que las voces se experimentan como omnipotentes.

#### *Fase de organización*

Una vez que la persona se siente menos desbordada por las voces y está más acostumbrada a ellas, está en mayor capacidad de organizar la infor-

mación y comienza a organizar la relación con ellas. En esta fase, la persona está más abierta a aceptar la experiencia de la escucha de voces como una experiencia personal. Se interesa más por la experiencia de otras personas que también escuchan voces. Se interesa en los signos precoces de alarma y los desencadenantes, y por tanto está en mayor capacidad de tomar precauciones para evitar sentirse desbordada por las voces. Comienza a buscar formas de relacionarse con las voces y a establecer conexiones posibles entre las voces y su historia personal.

### *Fase de estabilización*

Se habla de estabilización cuando se ha alcanzado un mayor equilibrio en la relación. La ansiedad es menor y la persona se siente con mayor control sobre las voces. Las voces se van percibiendo como pertenecientes a la persona, dado que lo que le dicen se aplica claramente a ella. "El objetivo principal de la persona ya no es hacer desaparecer las voces, sino encontrar una forma adecuada de relacionarse con ellas y de reanudar su propia vida nuevamente. Progresivamente, ésta se convertirá en una etapa en la que la persona puede recuperarse de la experiencia de escuchar voces y convertirse en vencedora en lugar de ser una víctima" (Coleman y Smith, 1997).

Cada fase requiere un enfoque diferente.

### *Fase aguda*

Durante la fase aguda, las personas no están aún en capacidad de hablar sobre sus voces. Con frecuencia, las voces lo impiden; las personas temen que si hablan de ellas, las voces aparezcan con más frecuencia o les castiguen, por ejemplo, siendo más ruidosas o amenazándoles con accidentes.

En esta fase el terapeuta establece una relación con la persona explorando los problemas que ésta experimenta en su vida cotidiana. Qué cosas le resultan más fáciles y cuáles más problemáticas. De qué cosas le es más fácil hablar y de cuáles le resulta más difícil. Esto puede conducir al tema de las voces pero este no es necesariamente el caso. La exploración que se realiza con el fin de construir una relación debería tener un foco más amplio en lugar de reducirse a la experiencia de la escucha de voces. El terapeuta no sabe aún lo suficiente sobre la persona y sus voces

como para seleccionar los temas a comentar y por tanto debe informarse acerca de lo que es más importante y estar abierto a hablar de ello. Las voces podrían no ser el problema principal o bien el hecho de hablar sobre las voces puede resultarle aún muy nuevo, extraño, vergonzoso o estar prohibido por las voces mismas.

No obstante, el terapeuta deberá proporcionarle información acerca de la escucha de voces, destacando sus aspectos positivos. Como por ejemplo, el hecho de que escuchar voces no es una experiencia infrecuente; muchas personas que escuchan voces creen ser las únicas a las que les sucede esto, si bien entre un 2-4% de la población tiene esta experiencia. Muchas personas pueden arreglárselas con sus voces pero esto requiere un proceso de aprendizaje. En esta fase el terapeuta puede plantear el tema de la medicación como una posible ayuda para reducir la ansiedad asociada a las voces (véase Cap. 9) así como comentar y enseñarle otros métodos para reducir la ansiedad (véase Cap. 10). Se puede comenzar a hablar concretamente sobre las voces que la persona escucha, de una forma sistemática. No obstante, es aconsejable ir seleccionando uno o dos puntos de la entrevista por vez. No tiene mucho sentido hablar de las voces de forma no estructurada, ya que de este modo el entrevistador contribuye a aumentar la confusión y la ansiedad de la persona. El terapeuta debe mostrar que tiene cierto conocimiento sobre este tipo de experiencia y que no está asustado.

En esta primera fase, el tratamiento se centrará en lo siguiente (descrito más detalladamente en los Cap. 9 y 10):

- Reducción de la ansiedad (a través de técnicas simples para lograr un mayor control sobre las voces).
- Ofrecer información y educación para la salud.
- Probar la medicación.
- Ofrecer apoyo al paciente y a su familia.

### *Fase de organización*

En esta fase, lo adecuado es realizar una entrevista completa acerca de las voces (Cap. 5), de forma sistemática, para lo cual el terapeuta dedicará entre una y tres sesiones. Si dedica más tiempo a este fin, la exploración tenderá a mezclarse con aspectos terapéuticos. La entrevista debería utilizarse como un instrumento sistemático para reunir información que es útil para ambas partes, paciente y terapeuta. Por tanto, será conveniente

realizar un informe (Cap. 6) y comentar este informe con el paciente, de manera tal que el paciente pueda reconocer su experiencia en lo que está escrito en el informe, preferiblemente con sus propias palabras. En esta fase, el terapeuta también elabora un constructo (Cap. 7) y comenta con el paciente elaboraciones que sean aceptables para éste. En esta etapa puede facilitarse al paciente el libro sobre el trabajo con las voces, escrito por Coleman y Smith (1997), como una posibilidad para que la persona trabaje con las voces por su cuenta. Este cuaderno de trabajo (Cap. 15) y la entrevista se basan en los mismos planteamientos acerca de las voces y ambos estimulan a la persona a implicarse de forma más activa en el trabajo con las voces.

Las conversaciones sobre la entrevista, el informe y el constructo pueden revelar qué aspectos de la experiencia requieren atención, también en función de lo que parece más disruptivo. A partir de la información recogida, se seleccionan las diferentes posibilidades que se le pueden ofrecer según lo descrito en el Cap. 11. En esta fase podría comenzar a desafiar a la voz y tratar de cambiar el equilibrio de poderes existente entre el paciente y las voces. Una manera es afrontarlas de forma más sistemática, otra es explorar las razones por las que la persona le da tanto poder a las voces (véase también *Reconducir la vida*, Cap. 11). Hablar con las voces por separado también puede ayudar a cambiar la relación. En efecto, todas las intervenciones del Cap. 11 producen este efecto.

Psicólogos del Reino Unido y de Australia, en particular, han llevado a cabo una serie de estudios y han desarrollado técnicas especiales en esta área. Haddock y Slade (1996) son los editores de *Cognitive Behavioral Interventions with Psychotic Disorders* que ofrece una visión de conjunto sobre las intervenciones cognitivo-conductuales en el Reino Unido. La mayor parte de estas técnicas se describen extensamente en el Cap. 11:

- Decatastrofización o normalización (Kingdon y Turkington).
- Focalización (Bentall y Haddock).
- Modificación de creencias (Chadwick y Birchwood).
- Aumento del repertorio de estrategias de afrontamiento (Terrier y Yusupoff).
- Reconducir la vida (White).
- Intervención socio-psiquiátrica (Romme y Escher).

Durante esta fase, además de la terapia y el asesoramiento individual, la participación en grupos de discusión o de ayuda mutua puede ayudar a estas personas a aceptar las voces (véase Cap. 15).

### *Fase de estabilización*

En la fase de estabilización se establece un mayor equilibrio en la relación con las voces. La persona puede elegir entre estar de acuerdo con las voces o bien seguir sus propios pensamientos e ideas. Para aumentar su estabilidad, las personas necesitan desarrollar y fortalecer su sentido de identidad.

Durante esta fase, también es importante comentar el constructo con la persona, si bien éste no debe ser percibido como una imposición. La escucha de voces es una defensa contra problemas que son muy difíciles de aceptar (como reconocer una orientación sexual diferente a la norma o sentirse culpable con respecto a una experiencia traumática). Por tanto, la presentación de la información en el constructo exige mucho cuidado. Cuando se trata de una experiencia traumática, es aconsejable explorar los sentimientos más obvios antes de abordar el tema de la relación entre el trauma y las voces. Trabajar con el tipo de constructo descrito en el Cap. 7 requiere una comprensión de las emociones y su influencia sobre los pensamientos y las acciones. Se trata de una explicación psicológica que puede no ser apropiada para todas las personas y se requiere formación para desarrollarla y aplicarla en la terapia. Quizás la persona tiene un constructo propio que se ajusta mejor a la situación. Discutiremos esto en el Cap. 13, *Uso de la teoría de la persona que escucha voces*.

Lo más importante en esta fase es la Recuperación de la persona a través del reconocimiento de su "fragilidad" social, ayudándole a reconstruir una buena red social y a adquirir una mayor independencia. Sólo se tendrá éxito si se produce un cambio real en la vida de las personas y éstas obtienen reconocimiento social (Coleman, 1996).

En los Cap. 10, 11 y 12 exploraremos todas las intervenciones relacionadas con cada fase. En el Cap. 10 se describen las intervenciones correspondientes a la fase aguda, en el Cap. 11 las intervenciones durante la fase de organización y en el Cap. 12 algunas intervenciones durante la fase de estabilización.



## Educación para la salud, medicación y apoyo

**E**ste capítulo retoma algunos aspectos claves en salud mental, que son también de especial importancia para las personas que escuchan voces. La información sobre educación para la salud, la medicación y el apoyo son relevantes en cada una de las fases presentadas en el capítulo anterior.

### *Educación para la salud*

Durante la fase aguda, las personas que escuchan voces suelen estar muy ansiosas, y el contenido de la educación para la salud debería tomar en cuenta el nivel de ansiedad. En tales estados de ansiedad, a las personas les resulta muy difícil ver más allá de la ansiedad, que es una mala consejera. Los profesionales deben ser conscientes desde el comienzo, de que cada una de sus intervenciones tendrá consecuencias y que cada punto de vista influirá en cada acción tomada y en sus resultados.

A lo largo de este libro, hemos subrayado que la escucha de voces es una experiencia única para la persona, por lo que requiere una respuesta

individual. Sólo la persona misma puede decidir lo que le es útil y lo que no. El afrontamiento es un proceso de aprendizaje y hay muchas ideas y opiniones diferentes al respecto. Es esencial proporcionar una mejor educación para la salud —ésta debería ser informativa, correcta en los datos que provee, positiva y alentadora sobre las estrategias de afrontamiento que propone (véase también *Normalización* en el Cap. 11). Por ejemplo, es importante decirle a los pacientes que un 2% de la población normal escucha voces y que se trata de una experiencia especial pero no excepcional. Otros datos relevantes son: que sólo un tercio de las personas que escuchan voces tienen síntomas que conducen a un diagnóstico psiquiátrico; y que 2 de 3 personas que escuchan voces son capaces de arreglárselas bien con sus voces y la consideran una experiencia esencialmente positiva, ya que las voces son una fuente de consejo cuando las escuchan con oído crítico y se acoplan con ellas.

Para el tercio de personas que escuchan voces y no pueden afrontarlas de forma satisfactoria, el impacto en sus vidas es muy desagradable y en general, negativo, afectando su vida social, sus procesos de pensamiento y su libertad de acción. Por lo general, esto se debe a que las voces constituyen una reacción, ya sea a aspiraciones frustradas, a un trauma grave o bien a otras situaciones en las que se han sentido impotentes. Las voces permanecerán hasta que se resuelva el problema o se produzca un cambio de actitud hacia el mismo. En la medida en que las personas tratan de luchar contra ellas, las voces se tornan más molestas. Como consecuencia, esta lucha ocupa el lugar central haciendo que se pierda el mensaje implícito de las voces. Las personas que pueden afrontar sus voces, por lo general han desarrollado su propia respuesta individual. Han aprendido a adueñarse de su experiencia y a iniciar un viaje de autodescubrimiento (Reeves, 1997) (véase el Cap. 16).

Entre las estrategias de afrontamiento se incluye el uso adecuado de la medicación, hablar con otras personas que comparten la misma experiencia y escribir sobre ello, con el fin de familiarizarse con la experiencia y que, de este modo, disminuya la ansiedad. Las personas deben saber que las voces no tienen una dimensión física y que no pueden herir ni matar a nadie. Su poder no es otro que el que la persona atribuye a sus palabras.

### ***Medicación***

La escucha de voces no es, en sí misma, una razón para tomar medicación. Sólo es necesaria cuando la conducta y la respuesta emocional a

Las voces así lo requieren. La escucha de voces puede tener diferentes efectos. Puede producir problemas de concentración, ansiedad, aislamiento social, depresión, pensamiento desordenado, afectividad disminuida, baja autoestima, problemas conductuales, pérdida de la noción del tiempo, alucinaciones visuales atemorizantes, sentimientos de inferioridad o de impotencia. O por el contrario, las personas pueden tener ideas de grandeza, experiencias cósmicas y sentimientos de grandiosidad o triunfo. Los patrones de conducta y experiencia determinarán si la medicación (antidepresiva, ansiolítica o neuroléptica) es útil o necesaria o no.

En el caso de una persona sobreexcitada, en un estado de confusión, agitada o que trata de escapar, serán necesarios los neurolépticos. La ansiedad y los síntomas físicos asociados generalmente responden bien a los ansiolíticos, mientras que los sentimientos de culpa y la baja autoestima pueden mejorar con los antidepresivos. No obstante, cuando predominan los síntomas disociativos, la medicación no es de gran ayuda. Y cuando los rasgos obsesivo compulsivos dominan la estructura de personalidad, los neurolépticos no hacen más que empeorar la situación.

El terapeuta y el cliente deben acordar conjuntamente lo que es útil, libres de ideas preconcebidas por ambas partes, ponderando las ventajas y desventajas y posteriormente los resultados. En definitiva, lo importante es que la persona necesita ayuda. El grupo de ayuda mutua *Power to Our Journeys* ("Poder para nuestros viajes", véase Cap. 16) ofrece un excelente consejo:

"Todos hemos tenido una diversidad de experiencias con la medicación, algunas de ellas satisfactorias y otras no. Para todos nosotros está claro que nuestras experiencias con la medicación son más satisfactorias cuando las consideramos como una herramienta y no como un fin en sí mismas. Los fármacos son herramientas que nos abren un espacio para que podamos trabajar con otros en la exposición de las problemáticas voces y visiones, hablar de nuestras relaciones y honrar nuestro conocimiento de la vida. En este espacio, podemos poner en orden nuestras ideas. De este modo, los fármacos nos brindan la posibilidad de tomar acciones para liberarnos de la dominación. Sin embargo, es de vital importancia que no permitamos que los fármacos nos opriman. Nosotros tomamos fármacos; no seremos 'tomados' por ellos".

### ***Brindar apoyo***

Se ha escrito mucho sobre el estrés y la disponibilidad de apoyo. Es un tópico que la escucha de voces en sí misma causa estrés y esto explica la importancia del apoyo. Durante mucho tiempo hemos sabido (Vaughn y Leff, 1976) que la "emoción expresada" conduce a las personas diagnosticadas como esquizofrénicas a la descompensación psicótica y esto se ha visto confirmado en numerosas oportunidades. La "emoción expresada" es lo diametralmente opuesto al apoyo. Significa que la conducta del paciente es criticada constantemente por aquellas personas con las que pasa la mayor parte del tiempo. Una investigación en la que se comparó a familias en las que el criticismo era frecuente con aquellas en las que no era así, arrojó resultados significativos. Los pacientes en cuyos hogares la crítica era menos frecuente requerían menos medicación y tenían menos episodios psicóticos que aquellos en cuyas familias la crítica era más frecuente. La emoción expresada puede tener exactamente el mismo papel dentro de las unidades psiquiátricas.

Se puede proporcionar apoyo en dos formas muy diferentes. Un método consiste en tratar de proteger a las personas de los problemas; en otras palabras, dejarles vivir dentro de los confines de su enfermedad. El segundo método es examinar sus problemas subyacentes y promover un cambio en la actitud de la persona hacia éstos. Esto puede ayudar a las personas que escuchan voces a mejorar su situación social y alentarles a lograr una mayor independencia y reintegración social (véase Cap. 12). El primer método minimiza el potencial, el segundo les da poder y aumenta al máximo sus posibilidades en la vida. Es una elección abierta. Como afirma Bock (1997):

"En el marco de un modelo patológico, la escucha de voces forma parte del cuadro de un trastorno psiquiátrico grave, explicado somáticamente en primer lugar y tratado principalmente de forma farmacológica. Las influencias ambientales no se excluyen pero se les atribuye un papel secundario. Según el modelo antropológico, escuchar voces usualmente es producto de problemas humanos comunes y es la expresión particular, potencial en todos nosotros, de una sensibilidad y vulnerabilidad específica a un conflicto socioemocional. La escucha de voces constituye un ataque a la identidad personal y, a la vez, un intento por mantenerla intacta. Por tanto, la solución no estriba en suprimir el conflicto sino en aceptarlo. El objetivo del tratamiento debe ser ayudar al paciente a reintegrar todos los aspectos disociados de su personalidad. Los efectos somáticos no son tanto una causa sino

una consecuencia del problema, el resultado de nuestra adaptabilidad neurológica a las crisis (Ciompi, 1987). El terapeuta apoya al paciente a aclarar la situación, descifrar el mensaje y encontrar una nueva manera de afrontar los problemas para seguir adelante. Tanto el paciente como el terapeuta deben tener presente que ser diferente es algo normal, que no todos respondemos del mismo modo a las situaciones y que tratar de resolver estos problemas en el contexto es esencial para comprender la conducta y para brindar apoyo”.



## **Intervenciones en la fase aguda (Intervenciones a corto plazo)**

**H**emos definido tres fases, cada una de las cuales requiere intervenciones diferentes en función de las necesidades del paciente en cada etapa del proceso.

- La fase aguda requiere intervenciones orientadas a aumentar el control sobre las voces definiendo con la persona las nuevas conductas. Este tipo de intervenciones pueden denominarse también intervenciones a corto plazo, ya que pueden efectuarse desde el principio cuando las voces son más perturbadoras.
- La fase de organización requiere intervenciones centradas en las interacciones específicas entre la persona y las voces (tales como los desencadenantes, el sistema de creencias subyacentes, etc.). Su objetivo es promover un cambio en la relación entre la persona y las voces. Se denominan intervenciones a mediano plazo, ya que son necesarias una vez que la persona ha comenzado a superar su ansiedad con respecto a las voces y ha logrado ejercer cierto control sobre éstas.

- La fase de estabilización requiere intervenciones que estimulen la recuperación de la persona. En esta fase, el objetivo es encontrar maneras de afrontar la vida cotidiana, con o sin las voces, lo cual es más factible cuando se tratan o se aceptan los problemas subyacentes.

Este proceso difícilmente puede producirse hasta que las personas hayan logrado cierto control sobre las voces. Estas técnicas se denominan intervenciones a largo plazo, ya que tratan aspectos de mayor alcance y que son necesarios a largo plazo.

Las técnicas a corto plazo que se presentan a continuación provienen principalmente de nuestros casos de estudio, en los que se han utilizado con buenos resultados. Describimos brevemente diez técnicas que, aplicadas de forma sistemática y constante, deberían contribuir a aumentar el control sobre las voces.

- Responder a las voces.
- Establecer un horario definido para las voces, así como su duración.
- Rechazar las voces durante períodos de tiempo determinados.
- Tomar nota de lo que las voces dicen y desean.
- Comprobar la veracidad de lo que dicen las voces.
- Establecer límites.
- Postergar las órdenes.
- Sustituir unas órdenes por otras y aprender a expresar la rabia.
- Anticipar las voces.
- Hablar con alguien acerca de las voces.

En este capítulo también informamos sobre un estudio clínico a partir del cual se elaboró un protocolo clínico.

### *Responder a las voces*

Significa simplemente dar una respuesta corta como "Si, tienes razón" o "No, estás equivocado/a", y está indicado cuando las voces reflejan lo que la persona está haciendo o hacen comentarios al respecto. Por ejemplo, la persona puede estar frente a la puerta de su casa, dispuesta a salir, cuando la voz dice "Marieke va a salir". En ese caso, Marieke debería responder "Si, voy a salir". Es probable que ella sienta que la afirmación de las voces es una crítica que usualmente le haría cuestionar su decisión,

“¿Salgo o me quedo haciendo algo más útil?” Por lo general, las voces hacen partido de la desconfianza en uno mismo. Un “Si” categórico hace que la voz conozca la opinión de Marieke y pone fin a su propia ambigüedad acerca de la decisión.

Esta es la técnica más simple. No se trata de entrar en una discusión con la voz sino de contestarle de forma sincera sin causar más problemas. Quizás la voz tenga razón, en cuyo caso, la respuesta es “Si” y si está equivocada la respuesta es “No”. Esto también es útil para afrontar la crítica y las insinuaciones. La persona debe limitarse a “los hechos”, esto es, a lo que la voz le ha dicho concretamente y no a lo que le está insinuando de forma sutil. La persona no debe caer en lo que cree que las voces quisieron decir o podrían haberle dado a entender. También es importante no caer en discusiones. Con esta técnica se intenta que la persona defina su posición y aprenda a defender sus elecciones de forma simple y directa.

### ***Establecer un horario definido y la duración de las voces***

Esto requiere disciplina y suele ser más eficaz cuando las personas se sienten menos atemorizadas con respecto a las voces. Está indicado cuando las voces interrumpen las actividades. El propósito es que la persona pueda hacer las cosas sin ser interrumpida por éstas y disponga de más tiempo para la vida cotidiana. Se fija un horario para escuchar las voces durante un tiempo limitado, por ejemplo de 5 a 30 minutos, en un momento específico del día que le venga bien a la persona. Es conveniente fijar este lapso de tiempo para el final del día, pero siempre después de las actividades diarias o en una pausa normal entre estas actividades. El resto del tiempo, la persona debe rechazar las voces diciendo “No, ahora no. Más tarde, a tal o cual hora”. Es conveniente hacerlo de forma sistemática, asignando un horario determinado, cada día a la misma hora y con la misma duración, por un mínimo de cinco minutos y un máximo de una hora.

Una condición necesaria para la eficacia de esta técnica, especialmente al comienzo, es que la persona tenga un programa de actividades diarias. Tener una pauta fija le facilita el aplazamiento de las voces al horario convenido y le permite continuar con lo que estaba haciendo. Puede ser cualquier actividad desde cocinar hasta leer el periódico, escuchar música, dar un paseo, montar en bicicleta, etc., o estar en el trabajo, si fuera el caso. La clave está en concentrarse en la actividad y asegurarse de que las voces sólo hagan comentarios sobre esas actividades en el horario acordado. Desafortunadamente, la persona debe reprimir su curiosidad. Una

vez fijado el horario, la persona debe ser consistente y mantener lo acordado, aunque las voces aparezcan y causen molestias de vez en cuando.

Todo acuerdo contemplará lo siguiente:

- Especificar un momento del día y la duración.
- Prestar atención a las voces durante "su" horario.
- Mantener las condiciones del acuerdo, aunque al comienzo no funcione.
- Mantener un equilibrio razonable entre prestar atención e ignorar las voces.
- Evitar la interacción con las voces fuera de los horarios acordados.
- Tomar nota del acuerdo, dejando de este modo constancia para las voces y, si fuera necesario, leérselo en voz alta.

### ***Rechazar las voces durante períodos de tiempo determinados***

Cuando la presencia de las voces es continua, la técnica anterior no funcionará. No obstante, es posible rechazar las voces durante media hora mientras la persona se dedica a una tarea que la mantenga ocupada. Al final del lapso acordado, puede permitir la presencia de las voces.

Hay una variante de esta técnica para los casos en los que la voz no aparece con frecuencia pero que, no obstante, irrumpe en momentos muy inconvenientes. En este tipo de situaciones, la persona puede dar una excusa como ir al baño, por ejemplo, y hablar con la voz o escucharla allí durante dos minutos. A continuación, la persona retoma lo que estaba haciendo.

### ***Tomar nota de lo que las voces dicen y desean***

Algunas personas se sienten tan intimidadas que no pueden escuchar a las voces adecuadamente. Las personas que escuchan voces pueden ayudarse a sí mismas apuntando lo que dicen las voces, y a continuación, tomar una decisión sobre qué hacer. Si las voces les han dicho algo útil, pueden conservar el papel. Si el consejo es negativo, pueden dejarlo a un lado, tirarlo o incluso enviarlo por correo a una dirección desconocida. Aún cuando las voces parezcan decir cosas sin sentido, vale la pena apun-

tarlo. Pueden llevarlo a la terapia de grupo, al grupo de ayuda mutua o a cualquier persona con la que puedan hablar sobre el tema.

### ***Comprobar la veracidad de lo que dicen las voces***

Otra técnica similar consiste en estimular la *formación de opiniones* y contrarrestar a las voces comprobando si lo que dicen es cierto o no. A continuación se citan dos ejemplos:

Una voz dice: "Estás mintiendo". Hay más de una forma de responder a esto. La persona puede enfadarse o sentirse avergonzada, pero también podría decir "Tienes razón, pero tengo un buen motivo para ello", o "Te equivocas. Lo que dices sencillamente no es cierto porque no he dicho absolutamente nada".

En un segundo ejemplo, una persona que estaba sola sentada en un patio interior sin ventanas, escuchó una voz que le decía: "Mira el aspecto de esa mujer". La mujer tenía dos opciones. Podía sentirse desbordada por las dudas acerca de su apariencia o podía responder diciendo "Ni siquiera puedes verme, porque aquí no hay nadie, así que lo que estás diciendo son tonterías".

Para cualquier persona que se sienta insegura sobre lo que está haciendo, sobre su apariencia o sobre lo que quiere decir, esta es una excelente técnica que todos empleamos en la vida cotidiana cuando nos miramos al espejo. Si la voz critica la apariencia de la persona, todo lo que necesita hacer es pararse frente al espejo durante un minuto para comprobar su aspecto. La persona puede decidir entonces si debe hacer algún cambio, según esté o no de acuerdo con la voz. El no hacer una comprobación cuando esto sucede, hace que la persona se sienta más insegura y que la relación con las voces permanezca inalterada. La comprobación fortalece la sensación de seguridad. Estimula la toma de decisiones y obliga a la persona y a las voces a prestar más atención a la realidad de la situación.

### ***Establecer límites***

Esto es un poco más difícil de hacer. Tan pronto las voces dicen algo que resultaría inaceptable si proviniera de cualquier otra persona, la persona debe rechazarlas de inmediato. Es importante que lo haga enseguida. De esta forma, las voces sólo pueden aparecer según los términos fijados por la persona. Las relaciones interpersonales funcionan en base a estas

reglas, del mismo modo que se hace al educar a un niño pequeño, poniendo límites al mal comportamiento. Las personas que tienden a ser demasiado tolerantes tanto con sus voces como con otras personas, pueden beneficiarse de esto.

### *Postergar las órdenes*

Cuando las voces son muy insistentes o impacientes, y la persona se siente forzada a responder o a hacer lo que ellas quieren de inmediato, es conveniente buscar una forma de reducir la presión y liberar las emociones suscitadas por las voces. Aunque estas emociones no suelen durar más de media hora o una hora, es aconsejable controlar el tiempo con un reloj sólo como método de observación. El propósito de esta técnica es aprender, en primer lugar, a esperar y ver qué sucede cuando la persona no hace absolutamente nada con respecto a las órdenes. No debe tratar de contrarrestar las voces ni de cumplir lo que éstas le piden. Desde esta posición de observador interesado, la persona descubrirá que al final son las voces las que se sienten desconcertadas. Cuando las voces dan órdenes, mientras más tiempo pueda esperar, mejor. Debería empezar por esperar un minuto antes de hacer lo que las voces le piden y ver qué sucede. Si no ocurre nada, la próxima vez deberá empezar a aumentar este lapso de tiempo.

### *Sustituir unas órdenes por otras y aprender a expresar la rabia*

Esta técnica es más o menos similar a la de postergar las órdenes, pero resulta especialmente útil cuando las órdenes son muy amenazantes o perturbadoras, instando a la persona a herir o matar a alguien. Esto está muy relacionado con la incapacidad de la persona para expresar la rabia. Las voces, en efecto, la expresan por ella, pero con una mayor intensidad. La psicología explica que cuando no podemos expresar la rabia, ésta no hace más que aumentar y se nos devuelve como un "boomerang". Encontrar medios de expresarla es, por tanto, esencial. Quienes tengan dificultades de este tipo pueden optar por un punto medio que sea totalmente inofensivo. Golpear con fuerza un cojín o un saco de arena, tocar los tambores, o elegir un deporte que sea extenuante, son métodos que pueden funcionar. Cada persona necesita descubrir lo que le funciona mejor para poder ponerlo en práctica.

Posteriormente, será necesario aprender a pensar por qué están tan enfadados, analizar hacia dónde debería canalizarse esta agresividad,

admitir que se tiene un problema con la rabia y explorar de qué se trata. La última parte es la más difícil de todas. Por lo general, requiere haber pasado la etapa intermedia de golpear sacos de arena, etc.

Las personas que escuchan voces y que quieran utilizar esta técnica deberían seguir estos pasos:

- Escuchar atentamente lo que la voz le dice.
- Esperar unos minutos para asegurarse de que ha escuchado correctamente.
- Tomar nota de lo que la voz ha dicho.
- Pensar en diez maneras alternativas de expresar la rabia y apuntarlas.

### *Anticipar las voces*

Esto permite encontrar una solución a las situaciones antes de que ocurran. Por ejemplo, Janet va a una fiesta con su novio. Alrededor de la medianoche, las voces le dicen que se vaya a casa. Esto provoca una pelea con su novio, que quiere quedarse hasta más tarde. Pero si Janet se queda, las voces empiezan a hacer más ruido dentro de su cabeza. Janet ha aprendido a anticipar esta situación y a llegar a un acuerdo sobre la hora de regreso, antes de ir a la fiesta. Si regresa a la hora convenida, las voces no la molestarán ni tendrá una pelea con su novio.

Para poder anticipar acertadamente las situaciones es necesario ser consciente de los desencadenantes potenciales y hallar una solución para éstos.

### *Hablar con alguien acerca de las voces*

Al hablar de las voces, las personas pueden superar los sentimientos de vergüenza y la ansiedad que éstas les producen. Esto suele ser más eficaz cuando la otra persona también escucha voces, ya que se experimenta un gran sentimiento de reconocimiento y alivio al descubrir que otras personas tienen el mismo problema. También puede ayudarles a lograr una mayor comprensión de sus voces y la forma en que reaccionan ante ellas, lo que puede tener efectos profundos en su relación con las voces (véase Cap. 15).

### *Práctica clínica*

El Dr. Jenner (1991, 1993, 1996) del Hospital Groningen en Holanda, ha creado una nueva clínica de consulta externa para personas que escuchan voces, en la que se emplean técnicas a corto y mediano plazo (correspondientes a la fase aguda y de organización). Concede especial importancia a las técnicas de reducción de la ansiedad, las cuales forman parte de una práctica basada en el enfoque de *Accepting Voices* ("Aceptando las voces", Romme y Escher, 1993). La reducción de la ansiedad es un área de intervención muy importante cuya utilidad ha quedado demostrada en las evaluaciones realizadas (Willige y cols., 1996). La clínica de consulta externa del Dr. Jenner sigue las siguientes pautas de tratamiento:

#### *Una actitud positiva*

Esto significa aceptar que las voces que escuchan estas personas son reales, dándoles una total libertad para hablar de la experiencia en sus propios términos, sea ésta una "alucinación auditiva" (cuando el paciente lo considera el síntoma de una enfermedad) o una "experiencia sobrenatural" (cuando el paciente cree que la voz pertenece a una persona que ha muerto), etc.

#### *La aceptación de dos realidades*

Tanto el paciente como el terapeuta deben reconocer que sus versiones de la realidad pueden ser diferentes y que cada uno debe aceptar la del otro. Este planteamiento tiene dos propósitos. En primer lugar, permite explicar a fondo las explicaciones del paciente y, en segundo lugar, evita que tanto los profesionales como los familiares del paciente asuman demasiadas responsabilidades. Por ejemplo, si el paciente escucha una voz fuerte y le pide a su pareja que vaya a echar un vistazo, sólo lo hará a condición de que el paciente también vaya. Si esto sucede de nuevo, su pareja debería dejar que el paciente vaya solo. De otro modo, esto sólo aumentará las ansiedades del paciente con respecto a los peligros percibidos.

#### *Tomar notas*

Esta actividad requiere la participación activa del paciente. Debe apuntar inmediatamente todas las ocasiones en que las voces estén presentes, de

cribiendo en cada caso la frecuencia, el contenido y el contexto. Si las voces son continuas, el paciente deberá tomar nota de lo que sucede tres veces al día, durante un minuto.

### ***Resaltar lo positivo***

Al hablar sobre las voces, tanto el terapeuta como el paciente adoptan la interpretación más positiva de la conducta y las emociones del paciente, en todos los casos. Así, en lugar de decir "Soy malo/a", la persona dice "No tengo malas intenciones". El objetivo es hacer que el paciente empiece a reflexionar sobre sus cualidades positivas.

### ***Motivación***

Se trata de estimular a las personas a que propongan sus propios objetivos. Los terapeutas deben permitir siempre que los pacientes vayan a su propio ritmo. Esto garantiza su libertad y su seguridad. Plantearse expectativas muy elevadas e intentar demasiadas cosas resulta contraproducente.

### ***Modelaje***

Una forma de reducir la ansiedad consiste en confrontar a la persona con situaciones y emociones que usualmente producen ansiedad. Esta técnica se describe extensamente en la bibliografía sobre terapia conductual.

### ***Implicar a los cuidadores***

Esto aumenta la conciencia y el apoyo entre los familiares y amigos. Éstos podrían estar asumiendo una gran responsabilidad y requerirán tanta información y ayuda como sea posible.



## Intervenciones en la fase de organización (Intervenciones a mediano plazo)

Las intervenciones descritas en este capítulo, también denominadas intervenciones a mediano plazo, corresponden a la fase de organización y cada una de ellas tiene objetivos diferentes. Las intervenciones orientadas a la “normalización” de la actitud hacia las voces, constituyen una modalidad particular de educación para la salud a través de la provisión de información adecuada y positiva. Las técnicas de “focalización” están dirigidas a la relación entre el contenido de las voces y los propios pensamientos de la persona. La “modificación de creencias” apunta a la relación existente entre la conducta de la persona y la explicación que le da a las voces. Con el “fortalecimiento de las estrategias de afrontamiento” se mejora el repertorio de estrategias de afrontamiento que la persona utiliza en respuesta a las voces. Estas técnicas también se denominan intervenciones cognitivo-conductuales porque se orientan principalmente a la forma en que la persona “piensa” en relación a las voces. Influyen sobre el proceso que media entre la escucha de voces y la reacción ante éstas. Haddock y Slade (1996) ofrecen una descripción detallada sobre este tipo de intervenciones en *Cognitive Behavioral Interventions with Psychotic Disorders*, citado extensamente en este capítulo.

Las técnicas de "Reconducir la vida" apuntan no sólo a la reacción psicológica de la persona, sino de una forma más amplia, a reestructurar la relación de la persona con los otros de forma que sea capaz de asumir el control de su vida nuevamente. Podría considerarse como un sistema de intervención socio-psicológica, centrado en la interacción entre las personas, en la cual las voces representan una metáfora. "Fortalecer ("empowering") a las personas que escuchan voces" es una técnica dirigida a solucionar los problemas subyacentes a la escucha de voces o a encontrar otra forma de afrontar dichos problemas, la cual podría denominarse "sistema de intervención socio-psiquiátrica".

### 11.1. NORMALIZACIÓN (KINGDON Y TURKINGTON, 1994, 1996)

Esta técnica proporciona información relativa a otras circunstancias en las que las personas escuchan voces y que no se consideran producto de una enfermedad. Esto es especialmente útil para aquellas personas que califican su experiencia como catastrófica, por ello esta técnica se suele denominar también "decatastrofización".

Los psiquiatras Kingdon y Turkington han descrito su experiencia con 64 pacientes esquizofrénicos e ilustran sus intervenciones a través de casos de estudio. Desde su punto de vista, uno de los factores que hace que los pacientes se sientan más ansiosos e impotentes es el hecho de creer que están locos, que padecen una enfermedad mental grave e incurable. Con frecuencia, quienes le rodean tienden a reforzar esta visión. En respuesta a esto, Kingdon y Turkington desarrollaron la técnica de normalización específicamente para las personas que escuchan voces. Consiste en contarle al paciente diferentes situaciones en las que la escucha de voces es un patrón de respuesta obvia y comprensible ante experiencias específicas. Citamos a estos autores a continuación:<sup>4</sup>

#### 1. DEPRIVACIÓN DEL SUEÑO

Hay evidencias de que la falta de sueño puede producir ilusiones, alucinaciones e ideación paranoide (Oswald, 1974); por ejemplo, se ha encontrado que el personal médico que trabaja durante turnos prolongados sin hacer pausas para dormir, puede tener conductas bizarras e irracionales.

<sup>4</sup> Adaptado del capítulo de Kingdon y Turkington en Haddock y Slade (1996) *Cognitive Behavioral Interventions with Psychotic Disorders*, pp. 106-107.

Siempre es recomendable respaldar esta información con la bibliografía pertinente y proporcionársela al paciente. Dado que, por lo general, los pacientes psicóticos estaban privados del sueño en el momento en que comenzaron los síntomas, esto puede utilizarse para explicar en parte lo que le ha estado ocurriendo, lo que podría ayudar a reducir la ansiedad y mejorar la adherencia a los neurolépticos.

## 2. *ESTRÉS POST-TRAUMÁTICO*

Dado que, con frecuencia, muchas situaciones vitales significativas preceden el desarrollo de la psicosis, es útil comentar los tipos de reacciones psicológicas que pueden tenerse en respuesta al estrés extremo. Por ejemplo, se puede proporcionar bibliografía referente a la frecuencia de las alucinaciones entre los veteranos de la guerra de Vietnam (Wilcox y cols., 1991). Esto puede ayudar a los pacientes a sentirse menos alienados por sus síntomas.

## 3. *DEPRIVACIÓN SENSORIAL*

El reposo en una habitación oscura y la inmersión en un tanque de agua son situaciones que pueden producir alucinaciones simples y, eventualmente, complejas. La situación experimental más intensa representada por el tanque de inmersión es, con diferencia, la más poderosa de las dos en la inducción de alucinaciones. Por lo general, los pacientes muestran interés en leer sobre este fenómeno (Slade, 1984), debido a que quizás encuentran cierta similitud entre su aislamiento crónico, aunque mucho menos intenso, y este tipo de privación sensorial a corto plazo.

## 4. *SITUACIONES DE SECUESTRO*

En un trabajo de Siegel (1984) se describe este tipo de situaciones y para los pacientes suele ser útil poder hablar de estas experiencias. En particular, el paciente esquizofrénico puede sentirse identificado con los problemas de comunicación y el aislamiento experimentados por un rehén.

## 5. *AISLAMIENTO*

Grassian (1983) describe el desencadenamiento de síntomas psicóticos en los prisioneros que permanecen aislados por períodos de tiempo prolongados, privados del contacto con otras personas. Los pacientes esquizofrénicos describen con frecuencia períodos similares de aislamiento previos a la crisis psicótica.

## 6. ABUSO SEXUAL

Trabajos recientes han demostrado que las alucinaciones son sorprendentemente comunes en los pacientes que han sido víctimas de un abuso sexual de forma repetida o de un episodio brutal (Ensink, 1992). La mayoría de los pacientes no están preparados para revelar tales hechos traumáticos al comienzo del tratamiento, pero cuando finalmente lo hacen explicarles que puede existir una conexión entre los síntomas psicóticos y dicha experiencia traumática puede ayudar a aclarar el desarrollo de los síntomas.

## 11.2. FOCALIZACIÓN (BENTALL Y HADDOCK<sup>5</sup>)

“El énfasis de este enfoque está en solicitar al paciente que se concentre en las voces. En esta técnica, la cantidad de tiempo dedicado a estrategias específicas varía entre un paciente y otro dependiendo de lo cómodos que se sientan. Los pacientes van revelando gradualmente el contenido, los significados, los pensamientos y las creencias relacionadas con las voces. Es un enfoque gradual para promover la desensibilización a la ansiedad causada por las voces. En algunos pacientes, la ansiedad asociada a las voces es mayor que para otros, por lo que no se puede establecer un lapso de tiempo determinado para pasar a la etapa siguiente. Con todos los pacientes se siguen las etapas presentadas a continuación:

### 1. CARACTERÍSTICAS FÍSICAS DE LAS VOCES

Implica concentrarse en las voces y comentar algunas de sus características físicas, tales como: el número, la intensidad, el tono, el acento, el sexo y la ubicación. Se le pide al paciente que se concentre en las voces una por una, dedicando un tiempo de la sesión a este aspecto específico. Por ejemplo, se le pide que se concentre en la localización de la voz o las voces durante un minuto. Si escucha más de una voz, se le pide que se concentre en una por vez. También se le pide que elija un momento del día, en el hogar, en el que pueda realizar una experiencia de focalización y que escriba las características de la voz en un momento específico. Esto se comentará al inicio de la siguiente sesión.

---

<sup>5</sup> Término acuñado por Bentall y Haddock y que no guarda relación con la técnica del mismo nombre desarrollada hace algunos años por Gendlin. La cita es una adaptación del capítulo de Haddock, Bentall y Slade en Haddock y Slade (1996), *Ibid.*, pp. 49-52.

## 2. *CONTENIDO DE LAS VOCES*

Una vez que el paciente ha logrado centrarse en las características físicas de las voces, se le pide que se concentre en el contenido, tanto durante la sesión como en el lapso de tiempo transcurrido entre las sesiones. Se trata de hacer un registro literal de lo que le dicen. En las sesiones, el paciente puede ir tomando nota del contenido de la voz o bien puede repetirlo en voz alta para que el terapeuta lo anote. El resto de la sesión se dedica a comentar el contenido.

## 3. *PENSAMIENTOS RELACIONADOS*

Se analiza la relación existente entre los pensamientos de la persona y el contenido de las voces, es decir, qué pensamientos surgen a consecuencia de la escucha de la voz y cuáles la preceden. Deben analizarse también las emociones asociadas tales como la tristeza, la ansiedad, la rabia o el miedo.

## 4. *SIGNIFICADO DE LAS VOCES*

En esta etapa se intenta atribuir significado al contenido o a la experiencia de escuchar la voz. Para esto, es necesario identificar el sistema de creencias de la persona relacionado con la voz y ayudarle a cambiarlo si fuera necesario.

Durante la progresión a través de estas etapas, se van elaborando el significado y la función de las voces, sobre la base de los datos obtenidos en todos los ejercicios de observación. En algunos casos, hacer este proceso es terapéutico en sí mismo, mientras que en otros, permite la identificación de las áreas en las que se deben promover cambios. Por ejemplo, algunas personas se dan cuenta de que lo más intrínsecamente perturbador no son las voces en sí mismas, sino que los pensamientos y los sentimientos generados por las voces son los que les producen un mayor malestar. A otras personas les resulta útil tratar a las voces mismas como pensamientos invasivos y emplear técnicas dirigidas a atenuar dichos pensamientos. Por otra parte, algunas personas son capaces de identificar los aspectos de su entorno que contribuyen al malestar asociado a las voces. Por ejemplo, reconocen que el contenido de las voces refleja las preocupaciones de su vida en general y que podrían utilizar este contenido para identificar las áreas en las que necesitan efectuar ciertos cambios.

Las sesiones finales se enfocan como un repaso y planificación para el futuro. Se estimula a la persona a llevar un registro del trabajo que ha

completado durante la terapia y a que lo utilice como ayuda para planificar un trabajo continuo en el futuro. Si se considera necesario, se puede derivar al paciente a otro terapeuta con el que se puedan planificar sesiones adicionales, con el fin de estimular su progreso”.

En su investigación, Bentall y Haddock compararon su enfoque con una estrategia diferente, p. ej., entretenerse escuchando la radio, leyendo o realizando una actividad mental como el cálculo. Determinaron la frecuencia semanal de las alucinaciones. La frecuencia de las alucinaciones disminuyó con ambos tipos de tratamiento, lo que no ocurrió en el grupo control. También evaluaron la autoestima, pero sólo antes y después del tratamiento. Los niveles de autoestima antes del tratamiento fueron bajos en los dos grupos de tratamiento. Después del tratamiento, la autoestima aumentó en el grupo con tratamiento de técnicas de focalización pero disminuyó en el grupo que empleó técnicas de distracción.

Aunque se trata de un estudio piloto limitado, con una muestra reducida es evidente que los diferentes tipos de tratamientos psicológicos llevados a cabo tuvieron un impacto en los pacientes. Los neurolépticos no habían funcionado con estos pacientes y habían estado escuchando voces por un período de tiempo muy prolongado, una media de 14 años. Aunque no es posible extraer conclusiones definitivas, parece ser que la focalización tiene una serie de ventajas.

### *Dos sesiones de ejemplo*

Gillian Haddock grabó un vídeo haciendo una demostración del enfoque de focalización. Los extractos siguientes muestran que la fortaleza de este enfoque estriba en la forma no directiva y no amenazante en que se estimula al paciente a que profundice en el tema de las voces. El enfoque dio resultados muy satisfactorios en la reducción de la ansiedad asociada a las voces y su frecuencia, siendo menos eficaz para revelar los sesgos de interpretación de las experiencias o para ayudar a estas personas a entender las voces como sus propios pensamientos.

#### *Extracto de la segunda sesión*

(La primera intervención corresponde al terapeuta).

“T: Bueno, hemos dedicado la primera mitad de la sesión a revisar su diario y hemos comentado cómo le ha ido con sus voces durante la semana pasada. Me gustaría que durante el resto de la sesión se concentre especí-

ficamente en cómo son las voces ahora, de modo que yo pueda hacerme una idea de la forma en que las vive. ¿Qué le parece?

V: Bueno, supongo que bien, pero me preocupa que las voces comiencen a decir algo acerca de Vd.

T: ¿Cree que es probable que eso suceda?

V: Si, podría ser.

T: Quisiera pedirle que me hable de lo que las voces realmente le están diciendo ahora y me gustaría que observara cómo suenan las voces. Pero para comenzar, concéntrese en la intensidad de la voz. Para ello, escuche la voz por unos segundos para determinar si es más alta que mi voz o más baja, y si la intensidad cambia cuando la está escuchando. ¿Podría hacer esto por unos segundos?

V: Es más alta que su voz, pero creo que no grita.

T: De modo que es un poco más alta que mi voz. ¿Es así normalmente?

V: La mayor parte del tiempo, pero puede ser más alta.

T: ¿Puede recordar alguna ocasión, recientemente, en la que haya sido más alta que ahora?

V: Cuando me ingresaron en el hospital era mucho más alta, prácticamente gritaba.

T: Muy bien. ¿Y cómo era cuando empezó? ¿Puede recordar qué tan alta era entonces?

V: Aproximadamente como ahora, pero puede haber cambiado.

T: ¿Cambió mientras la estaba escuchando?

V: No.

T: Entonces es un poco más alta que mi voz y la intensidad no parece haber cambiado mucho; solamente durante su ingreso la voz era mucho más alta. Muy bien, ahora quisiera que se concentrara no en el volumen de la voz, sino en el lugar del que parece provenir. Quiero decir, que si le parece que proviene de su cabeza o fuera de ella y, si es externa, ¿le pare-

ce que proviene de una dirección específica? Quisiera que ahora se concentre en la voz, sólo durante unos segundos, y observe de dónde parece provenir la voz.

V: Definitivamente, está fuera de mi cabeza, pero muy cerca de mis oídos.

T: ¿Cómo si alguien estuviera muy cerca, hablándole al oído?

V: Si, muy cerca.

T: De acuerdo ¿Le resulta difícil a veces diferenciar si está dentro o fuera de su cabeza?

V: Si, puede ser.

T: De acuerdo, hasta donde puede recordar, ¿la voz proviene siempre de muy cerca, justo desde fuera de sus oídos?

V: Si, siempre ha estado muy cerca.

T: ¿Cómo era cuando la ingresaron, lo recuerda?

V: Bueno, en aquel momento sonaba más cerca, porque era mucho más alta.

T: De acuerdo.

V: Y en esa ocasión había más de una voz, como si hubiera muchas personas gritando alrededor de mi cabeza.

T: ¿Como una multitud?

V: Si.

T: Pero en este momento hay una sola voz y suena como si proviniera de fuera de sus oídos, cerca de su cabeza, y quizás a veces es un poco difícil distinguir si proviene de dentro o fuera de su cabeza, ¿no es así? De acuerdo, ahora me gustaría que se concentre en el tono de la voz, en cómo suena la voz; si es un tono muy grave o agudo. Pero antes de ello, ¿podría decirme si es una voz masculina o femenina?

V: Es una voz masculina.

T: ¿Podría escucharla ahora por un momento y concentrarse en el tono? ¿Qué tan grave le parece? ¿Le parece que cambia, es una voz cantarina o plana y monótona?

V: Es muy grave y no varía mucho realmente.

T: ¿Es más grave que mi voz o que la de un hombre? ¿Diría Vd. que es más grave que mi voz?

V: Si, si. Y suena muy monótona.

T: ¿Es así habitualmente?

V: Si, excepto cuando es muy malo y suena más alta.

T: De acuerdo.

V: Y en ese momento es menos monótona; suena un poco más enfadada.

T: De acuerdo, de manera que cambia el tono y se convierte en una voz enfadada.

V: Si.

T: ¿Cuándo fue la última vez que ocurrió esto?

V: Cuando me ingresaron, y desde entonces, quizás un par de veces.

T: Muy bien y ahora, recapitulando... En el presente, la voz es un poco más alta que la mía. Parece como si proviniera justo de fuera de sus oídos. Es una voz masculina bastante grave y monótona. El tono o el timbre no cambia demasiado. ¿Tiene algún acento?

V: No, en absoluto.

T: ¿Entonces habla como usted o como un locutor de radio?

V: No, en general, habla como yo.

T: Entonces ¿tiene el mismo acento que usted?

V: Si".

*Extracto de la décima sesión*

T: Bueno ¿Qué tal le fue con el contenido de las voces? Echemos un rápido vistazo a su diario para ver cómo le fue la semana pasada.

V: Bueno, me resultó muy difícil porque me costaba concentrarme en las voces en el momento en que aparecían.

T: De acuerdo.

V: Así que traté de recordarlo después y lo apunté.

T: ¿Y pudo recordar lo que le dijeron las voces?

V: Si, la mayor parte del tiempo.

T: Bueno, debe haber sido difícil recordar exactamente lo que dijeron las voces. ¿Pudo tomar notas?

V: Si, y a veces incluso lo que dijeron exactamente.

T: De acuerdo, eso suena muy bien. ¿Puede revisarlo y contarme un momento particular de esta semana?

V: Si, anoche fue una mala noche.

T: ¿En qué forma, puede hablarme de ello?

V: Las voces eran muy malas, altas y bastante inquietantes. Hicieron que me peleara con mi marido.

T: De acuerdo. ¿Pudo escribir algo de lo que las voces le dijeron?

V: Si. Me dijeron que John, mi marido, estaba poseído y que nos haría daño a mí y a mi hijo.

T: ¿Pudo apuntar lo que las voces dijeron exactamente?

V: Algunas veces, si.

T: ¿Puede darme algunos ejemplos?

V: Si. "John está poseído; va a herirte; va a herir a David".

T: De acuerdo. ¿Y cómo se sintió con respecto a eso?

V: Bueno, realmente todo fue muy perturbador y le hablé sobre las voces.

T: ¿A John, su marido?

V: Si, y se enfadó mucho conmigo, lo que hizo que me alterara aún más.

T: ¿Por qué cree que él se enfadó?

V: Bueno, creo que a él le molesta y dijo "Estás enferma otra vez", "Tienes que ir al hospital" y "Llamaré al médico mañana".

T: De acuerdo. ¿Suele reaccionar de ese modo cuando Vd. trata de hablarle de las voces?

V: Si, la verdad es que trato de no hablarle de las voces porque siempre reacciona muy mal.

T: De modo que, en general, trata de reservárselo. Y volviendo a lo que sucedió anoche, al contenido de las voces, ¿qué le dijeron realmente? ¿Vd. lo creyó en ese momento? ¿Creyó que John estaba poseído?

V: Supongo que en ese momento si, o me asustó la idea de que pudiera ser cierto.

T: De acuerdo, entonces las voces la asustaron. ¿Y de qué modo cree que su esposo le haría daño a su hijo?

V: Bueno, en ese momento me parece que las voces decían que lo iba a agredir físicamente, pero yo sé que eso no es cierto.

T: ¿Alguna vez le ha pegado?

V: No.

T: ¿Es algo que le preocupa?

V: No, no es algo que me preocupe. No creo que John le pegara a David.

T: ¿Cómo es la relación entre John y David?

V: Bueno, en realidad ahora no es muy buena. John tiene muy poca paciencia con David, le grita un poco cuando hace algo mal y eso es algo que David no puede entender.

T: ¿Qué edad tiene David?

V: Tiene cuatro años.

T: ¿Y qué piensa Vd. cuando John se comporta de ese modo?

V: Bueno, me preocupa y estoy en el medio de los dos.

T: De acuerdo. ¿Su marido también se comporta así con Vd. a veces, o sólo es impaciente con David?

V: Obviamente, él me tiene muy poca paciencia cuando escucho las voces pero lo entiendo.

T: ¿Se enfada con él algunas veces, cuando reacciona de ese modo al hablar sobre las voces?

V: En realidad me siento más inquieta que enfadada.

T: ¿Le preocupa que la forma en que John reacciona con David le esté afectando a Vd.?

V: Si, a veces me preocupa.

T: En cierta forma, sus preocupaciones coinciden con lo que las voces están diciendo, si bien esa es una versión muy extrema de lo que a Vd. realmente le preocupa.

V: Bueno si, porque realmente no creo que él le vaya a pegar.

T: De alguna manera, lo que las voces dicen con respecto a John y David refleja lo que le preocupa con respecto a sí misma.

V: Quizás si.

T: De acuerdo. Quizás podamos volver sobre esto más tarde, pero me gustaría que en lo que queda de sesión se concentre en lo que la voz está diciendo ahora ¿Puede escuchar una voz en este momento?

V: Si, si puedo.

T: Me gustaría que se concentre en el contenido de la voz, lo que la voz realmente le está diciendo ahora y que trate de decírmelo. ¿Podría hacerlo?

V: Si puedo, si me concentro lo suficiente. Está diciendo que soy mala, que estoy poseída.

T: De acuerdo.

V: Y que debería herir a mi hijo.

T: Entonces la voz le está diciendo cosas similares a las que le dijo anoche sobre John, su marido. ¿Puede decirme qué le dicen las voces exactamente? Simplemente repita lo que le dice la voz.

V: "Ella es mala. Va a herir a David. No hables con ella".

T: ¿Qué cree que significa "No hables con ella"? ¿A quién se refiere?

V: Se refiere a Vd.

T: ¿Cómo lo sabe?

V: Es lo que me parece.

T: Entonces la voz está tratando de convencerla de que no hable conmigo. ¿A qué cree que se deba?

V: No estoy segura, pero se me hace muy difícil hablar con Vd. acerca de las voces.

T: ¿Entonces está Vd. de acuerdo con la voz?

V: Si, supongo que si.

T: ¿Cómo se siente con respecto a que tratemos esto hoy?

V: Bueno, realmente no me gusta hablar de ello, pero creo que probablemente debería continuar.

T: Entonces, retomando lo que la voz le está diciendo, está tratando de convencerla de que no hable conmigo y, en cierto modo, Vd. está de acuerdo con eso. Y entonces Vd. quiere continuar y las voces reflejan algo que piensa o siente. Algo similar a lo que me comentó sobre cómo se sintió con John, su marido.

V: Si.

T: Hay algunas similitudes en esto. Nuevamente, la voz le está diciendo cosas quizás muy extremas, pero hay un elemento de verdad en lo que dicen, hay un elemento de similitud con lo que Vd. piensa.

V: Un poco, quizás.

T: Volviendo a lo que mencionó, lo primero que la voz le estaba diciendo referente a que Vd. es mala y a que le haga daño a su hijo, ¿qué piensa sobre eso?

V: Bueno, en realidad me asusta porque en el pasado me preocupó mucho que por el hecho de haber estado enferma y haber pasado tanto tiempo en el hospital, lo haya descuidado un poco.

T: ¿Cree que la voz se refiere a eso cuando le dice que es mala?

V: No estoy segura, quizás en parte sea eso. La voz parece estar diciendo algo más.

T: De acuerdo, ¿a qué se refiere?

V: A que yo realmente no le haría daño.

T: ¿Vd. cree que lo hará?

V: No, no lo creo.

T: ¿A veces teme que la voz la empuje al punto de llegar a hacerle daño a su hijo?

V: Llegué a sentirlo durante mucho tiempo, pero quizás fue justo antes de ingresar al hospital esta última vez, estaba un poco asustada.

T: De acuerdo. ¿Y llegó a pensar que realmente podía hacerle daño?

V: Si, en ese momento, si.

T: Pero no se siente así ahora.

V: No, no, definitivamente no.

T: Aunque en cierto modo está diciendo que pudo llegar a hacerle daño de algún modo, no agrediéndole físicamente, sino por el hecho de no estar allí como una madre para él. Parece ser que siente que descuidó a David por el hecho de escuchar voces y haber estado ingresada en el hospital.

V: Si, así es.

T: ¿Por qué cree que el hecho de estar lejos podría haberle hecho daño?

V: Bueno, simplemente creo que es muy importante que esté con su madre mientras es tan pequeño.

T: ¿Le parece que tiene una buena relación con él cuando están juntos?

V: Si, eso creo.

T: Esto es muy importante, que cuando están juntos la relación es buena, aunque haya tenido que estar apartada de él por un tiempo.

V: Si.

T: Ahora bien, volviendo atrás, mencionó que cuando su hijo era muy pequeño, Vd. escuchaba voces ¿En realidad las voces comenzaron antes de tener a su hijo?

V: Si, así fue.

T: ¿Cuánto tiempo antes?

V: Quizás alrededor de un año.

T: ¿Qué edad tenía Vd., unos 16 años?

V: Correcto.

T: Y con respecto a su marido, John, ¿cuándo le conoció?

V: Fue también aproximadamente en esa época; un poco antes.

T: ¿Y puede recordar, aunque es difícil retroceder tanto en el tiempo, el contenido o el tipo de cosas que las voces le decían entonces?

V: Algunas de las cosas eran similares.

T: ¿Qué clase de cosas?

V: Cosas sobre mí y sobre John, como "Eres malvada y perversa", que John me haría daño y a veces me decían que yo podía hacer cosas como caminar delante de los coches.

T: Y eso sigue sucediendo, ¿no es así?

V: Sí, a veces sucede.

T: Pero no le hablaban de David en ese entonces.

V: No.

T: Entonces, lo que está diciendo es que las voces le decían cosas similares a las que le dicen ahora, pero como su vida ha cambiado con el nacimiento de David, las voces han aumentado su repertorio.

V: Sí.

T: De lo que hemos hablado anteriormente en esta sesión, al analizar sus preocupaciones y el contenido de las voces, parecía que aunque el contenido de las voces era muy extremo, reflejaba de alguna manera sus preocupaciones actuales.

V: Sí.

T: ¿Cree que siempre ha sido así?

V: No, no lo creo, porque con mucha frecuencia ha ocurrido que yo he empezado a preocuparme por algo debido a las voces.

T: De acuerdo.

V: Ellas pusieron ese pensamiento en mi cabeza.

T: Entiendo. Si no hubiera sido por las voces, Vd. no se habría preocupado por estas cosas. Entonces, Vd. quiere decir que si las voces nunca hubieran mencionado que John iba a hacerle daño a David o que estaba poseído, nunca se habría preocupado por su poca paciencia o porque le pegara a David. Eso nunca habría ocurrido.

V: Supongo que aún así me preocuparía un poco, pero creo que si no hubiera estado enferma, John no sería como es actualmente.

T: De acuerdo. Entonces siente que en parte la razón por la que John se comporta así es debido a las voces.

V: Si.

T: Supongo que es difícil distinguir qué fue primero, ¿no?

V: Así es.

T: Con respecto al inicio de las voces, Vd. conoció a John, las cosas marcharon bien durante un tiempo y entonces, después de haber conocido a John, comenzaron las voces ¿Cree que estaba preocupada por la relación antes de que comenzaran las voces?

V: Es difícil de recordar, pero no estaba preocupada; en realidad pienso que fue una buena época.

T: De acuerdo. ¿Recuerda alguna ocasión en la que se mostrara impaciente con Vd.?

V: Enfadado, si.

T: ¿Eso le preocupó en aquel momento?

V: En realidad, no; quizás después me preocupó un poco y luego simplemente lo olvidé.

T: ¿Eso hizo que le resultara difícil conversar con él sobre sus preocupaciones?

V: Si, así fue. Traté de reservarlo para mí misma.

T: Y entonces, cuando comenzaron las voces ¿se lo comentó a John?

V: No, no inmediatamente.

T: Bueno, debe haber sido muy difícil para Vd. arreglárselas sola con ello?

V: Si, lo fue.

T: De acuerdo. Ahora me gustaría finalizar la sesión, pero antes quisiera resumir lo que hemos hablado hoy referente al contenido de las voces que escuchó anoche, cuando tuvo la pelea con su marido. Lo que las voces le dijeron –el contenido de la voz de anoche y de hoy- parece tener ciertos aspectos en común, ¿no es así? A continuación hablamos de que su marido John estaba poseído o que era malvado y las voces dijeron que Vd. también estaba poseída o que era malvada. Y que ambos podían hacerle daño a su hijo David. Además, me comentó que a veces las voces le dicen que John puede hacerle daño a Vd. también. Ahora bien, aunque lo que las voces le dicen es muy extremo y desagradable, parecen reflejar en cierto grado sus propias preocupaciones actuales. Por ejemplo, me comentó que está un poco preocupada por la relación entre John y David, ya que a veces él tiene muy poca paciencia con su hijo y podría hacerle daño de alguna manera, aunque no físicamente. Y también le preocupa la forma en que Vd. ha actuado con respecto a David en los últimos años, por el hecho de haber estado ingresada en el hospital varias veces, ya que eso podría haber sido perjudicial para su hijo. Vd. siente que en cierto modo lo ha descuidado.

V: Si, eso me preocupa.

T: De acuerdo. Entonces la voz parece reflejar, aunque de manera extrema, sus propias preocupaciones y otro ejemplo de esto fue cuando las voces le dijeron que no hablara conmigo, “No hables con ella, quédate callada”. Y de nuevo, sintió que había algo de verdad en ello, que realmente se sentía incómoda y que se le hacía difícil, así que otra vez las voces decían cosas similares a las que Vd. estaba pensando. ¿Cree que el contenido de las voces podría ayudarla de alguna manera a identificar las preocupaciones reales que pueda tener en el momento actual y en el futuro?

V: Si, posiblemente. Por lo general, las voces son muy extremas y a veces es difícil saber si son las voces las que hacen que me preocupe.

T: Si, puedo entenderlo. Es posible que, de algún modo, las voces sean muy útiles para ayudarnos a identificar cuáles son sus preocupaciones en

el momento presente, con independencia de si las voces son las causantes o si las reacciones son las causantes de las voces. Y si ese es el caso, si podemos tratar de hacer algo con respecto a estas preocupaciones ¿cree que eso podría cambiar el contenido de las voces?

V: Podría ser.

T: Quizás tenemos que avanzar en esa dirección, analizando esas preocupaciones y el tipo de cosas que Vd. podría hacer respecto a sus preocupaciones sobre todos estos temas. Entonces, vamos a concluir la sesión y nos vemos la semana próxima. ¿De acuerdo?

V: De acuerdo.”

### 11.3. MODIFICACIÓN DE CREENCIAS (CHADWICK, BIRCHWOOD Y LOWE)

Chadwick, Birchwood y Lowe notaron que cada persona tiene una relación diferente con las voces y que un aspecto específico del problema era la forma en que las personas se relacionan las voces. A continuación citamos a estos autores<sup>6</sup>:

“Por ejemplo, ciertas personas experimentan las voces como muy perturbadoras y atemorizantes y reaccionan con gritos e insultos. En cambio, otras personas pueden sentir sus voces como tranquilizadoras y divertidas y, por tanto, buscan estar en contacto con ellas. Esta diversidad de formas en las que los individuos se relacionan con las voces demuestra que las voces no son necesariamente un problema para la persona; de hecho, es muy común que los individuos creen que las voces son una solución a su problema. Esto nos lleva al hecho de que la perturbación grave asociada a la escucha de voces, así como a muchos otros síntomas, tiende a ser explicada por la forma en que la persona se siente y actúa. Habitualmente, las personas que escuchan voces son derivadas a nuestro servicio porque se sienten desesperadas, deprimidas, enfadadas, tienen pensamientos suicidas, son violentas, peligrosas para sí mismas, están desesperanzadas, aisladas, etc. La investigación ha demostrado la forma en que voces con el mismo contenido pueden suscitar conductas de afrontamiento diferentes (Tarrier, 1992).

---

<sup>6</sup> Ésta y otras citas de esta sección son adaptaciones del capítulo de Chadwick y Birchwood en Haddock y Slade (1996), *ibid.*, pp. 71-73.

Otro estudio interesante realizado por Romme y Escher (1989) ha revelado que, con frecuencia, las voces no evocan una reacción lo suficientemente fuerte como para hacer que el individuo acuda a los centros de salud mental aunque el contenido de las voces sea muy grave. Parece ser que la naturaleza y la fuerza de las respuestas de la persona ante las voces está mediada por procesos psicológicos ... Es posible que el grado de miedo, aceptación y obediencia hacia las voces pueda deberse a *creencias* acerca del poder y la autoridad de las voces, las consecuencias de la desobediencia, etc. En otras palabras, la respuesta a la escucha de voces podría entenderse desde una perspectiva cognitiva. El rasgo característico del modelo cognitivo dentro de la psicología clínica es la premisa según la cual, las emociones y las conductas de las personas están mediadas por sus creencias y, por tanto, no son consecuencias inevitables de hechos previos”.

Por lo general, en el tratamiento se ignora el punto intermedio entre la percepción y la conducta, negando de este modo la posibilidad de influencia del propio individuo. En este punto intermedio, las creencias juegan un papel importante, por lo que el estudio comenzó con la hipótesis de que las respuestas de afrontamiento instintivas deben entenderse teniendo en cuenta las diferencias en las creencias sobre las voces.

Con el fin de desarrollar este aspecto, Chadwick y cols. elaboraron un cuestionario de “Creencias sobre las voces” (véase Apéndice 3) en el que se exploran la malevolencia y benevolencia percibidas en las voces, a través de una serie de afirmaciones con respuesta de tipo si/no tales como:

“Mi voz me está castigando por algo que he hecho” = malévola.

“Mi voz me está ayudando a lograr mi meta en la vida” = benévola.

Le presentaron a los entrevistados un conjunto de frases de tono malévolo y benévolo para que seleccionaran la que más se asemejaba a su experiencia. Con el fin de valorar la respuesta conductual, formularon frases que describían el tipo de reacción habitual de la persona:

“Las respuestas conductuales a las voces se organizaron en tres categorías: *Colaboración*, definido como escucha selectiva, voluntad de cumplimiento y hacer cosas para conectar con las voces (p. ej., ver televisión, estar solo/a, llamar a las voces). *Resistencia*, caracterizada por las conductas de discutir y gritar (de forma abierta y encubierta), desobedecer o bien obedecer de mala gana cuando la presión es extrema,

evitar situaciones que desencadenen la aparición de las voces y distraerse. *Indiferencia*, definida como no prestar atención a las voces.

Invariablemente, las personas que percibían sus voces como benévolas, colaboraban con éstas y aquellas que las percibían como malévolas, ofrecían resistencia. Las que se sentían indecisas con respecto a las voces no mostraban un patrón específico entre sus creencias y sus conductas”.

Los autores concluyeron que las creencias personales pueden afectar significativamente las respuestas conductuales ante las voces. Por tanto, Chadwick y cols. desarrollaron un sistema para influir sobre las creencias de las personas. Este tipo de intervención resulta muy apropiada cuando la persona cree que sus voces son omnipotentes o cuando su libertad de acción se ve muy comprometida. Las intervenciones consisten en nueve pasos dirigidos a aumentar la confianza y ampliar la propia influencia de la persona:

### *Plan de intervención en nueve pasos*

1. Recurrir a la comprensión sobre las relaciones entre la malevolencia, la benevolencia, la resistencia y la colaboración, para anticipar el modo probable de sentir, pensar y reaccionar de la persona ante las voces. Esta comprensión parece producir un sentimiento de alivio.
2. Informar al cliente que puede interrumpir la terapia en cualquier momento sin ser penalizado por ello. Esto también puede contribuir a reducir la ansiedad y facilitar la colaboración.
3. Organizar una reunión con otras personas que escuchan voces o facilitarle al cliente un vídeo de personas que han logrado hablar sobre su experiencia de forma exitosa. Descubrir que otras personas tienen problemas similares (Yalom, 1970, Universalidad) es un proceso terapéutico importante.
4. Subrayar que el cliente es libre de seguir manteniendo sus creencias, creando una atmósfera de “empirismo colaborador” (Beck y cols., 1979), en el que las creencias se consideran posibilidades que pueden ser o no razonables.
5. A continuación, definir cada creencia junto con los argumentos que la sostienen, y analizar la forma en que todo el malestar y las interrupciones atribuidas a las voces son, en realidad, consecuencia de

las creencias de la persona.

6. Desafiar los argumentos de cada creencia. Este proceso comienza con el argumento que la persona califica como el menos importante y va avanzando hacia los que considera más importantes.
7. El siguiente paso consiste en desafiar la creencia directamente. Para ello, primero se señalan ejemplos de inconsistencia e irracionalidad y, a continuación, se ofrece una explicación alternativa de los hechos, según la cual, las creencias son una reacción comprensible y representan un intento de encontrarle sentido a las voces. Esto hace que la persona trate de entender el significado de las alucinaciones y explore la posible relación entre el contenido de las voces y la historia personal. Este paso conlleva dos enfoques diferentes de verificación empírica de las creencias:

a) En primer lugar, se verifican las creencias relacionadas con el control que la persona tiene sobre las voces. Este es un proceso de verificación de la creencia universal: "No puedo controlar mis voces". Primero, se replantea como "No puedo conectar y desconectar de mis voces". Entonces el terapeuta crea situaciones para aumentar y disminuir la probabilidad de escuchar las voces. Se identifican las situaciones que suscitan las voces a través de una valoración cognitiva inicial a fondo, y se utiliza una técnica con una alta probabilidad de eliminar las voces por su duración, la verbalización concurrente (Birchwood, 1986). La persona aviva y sofoca las voces varias veces para completar la prueba.

b) Con el resto de las creencias, el cliente y el terapeuta negocian la prueba empírica. Es esencial analizar de antemano las implicaciones que tendrá el hecho de que la prueba no corrobore la creencia, si la creencia será modificada o adaptada, o si el paciente ya tiene una explicación sobre el resultado, con lo que la creencia se mantendrá intacta".<sup>7</sup>

#### 11.4. AUMENTO DE LAS ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO (YUSUPOFF Y TARRIER)

Esta técnica estimula a las personas que escuchan voces a aumentar el uso de mecanismos de afrontamiento satisfactorios que hasta el momento

<sup>7</sup> *Ibid.*, pp.78-79.

han logrado emplear de forma sistemática y, en particular, ampliar el repertorio de estrategias. Esto es muy útil para cualquier persona cuya relación con las voces sea demasiado caótica.

La técnica de CSE (de las siglas en inglés: Coping Strategy Enhancement) desarrollada por Yusupoff y Tarrier<sup>1</sup>, se caracteriza por ser un programa de adiestramiento personalizado que emplea técnicas cognitivas o conductuales para superar las experiencias, ya sea reduciendo su frecuencia o bien aceptándolas. El programa hace especial énfasis en la práctica de estas técnicas.

“El enfoque CSE es de tipo pragmático. Las voces y las creencias asociadas a éstas ocurren en un contexto subjetivo y social y, por tanto, las experiencias sólo adquieren importancia y significado cuando hay una respuesta emocional concomitante, con componentes cognitivos, fisiológicos, conductuales y afectivos. La respuesta emocional define la experiencia y, al mismo tiempo, crea las condiciones que hacen posible su mantenimiento. Por ejemplo, una fuerte reacción fisiológica puede representar la confirmación de una creencia delirante y de la amenaza asociada a ésta. Incluso los cambios menores en la conducta, tales como encorvarse en respuesta a voces desagradables, pueden dar mayor asidero a las creencias relacionadas con las voces; por ejemplo, cuando un paciente hace una racionalización *post hoc* de su conducta después del comienzo de los síntomas, tiende a hacer afirmaciones tales como: “Mi cuerpo se encorva, por tanto, las voces deben ser más poderosas que yo y son peligrosas”.

El enfoque CSE intenta aclarar lo que sucede en el momento en que la persona escucha las voces, y analizar sus componentes: qué hace la persona antes de escuchar las voces nuevamente; cuál es su reacción ante las voces; qué piensa de ellas, y si se producen reacciones físicas antes o después de escuchar las voces.

### *La primera fase: valoración*

Cuando está presente más de una experiencia, por ejemplo, las voces y las creencias, el terapeuta comienza por seleccionar en cuál se va a centrar. La selección debe hacerse en conjunto con el paciente para evitar confusiones.

---

<sup>1</sup> A menos que se indique lo contrario, las citas en esta sección se han extraído del capítulo de Yusupoff y Tarrier en Haddock y Slade (1996), *ibid.*, pp. 86-102. Hemos modificado su lenguaje un tanto técnico para ajustarlo mejor al enfoque descrito en este libro.

Las experiencias se registran en detalle con la ayuda de la *Entrevista sobre antecedentes y afrontamiento* (Tarrier, 1992), especialmente diseñada para este fin y que abarca los aspectos siguientes:

1. El tipo de experiencia.
2. Las respuestas emocionales concomitantes.
3. Los antecedentes: cuándo, dónde, estímulos externos.
4. Las consecuencias a largo plazo, p. ej., las restricciones conductuales.
5. El afrontamiento activo, dividido en restricciones físicas, cognitivas y conductuales.
6. La eficacia de los mecanismos de afrontamiento, verificando su "variabilidad y consistencia".

Esta valoración lleva mucho tiempo, pero constituye la base de una intervención exitosa. Al igual que en nuestra entrevista de Maastricht, esta entrevista ayuda a poner en marcha el proceso interactivo. Por lo general, los pacientes ya están acostumbrados a hablar una y otra vez sobre sus síntomas, en el curso de varias terapias, y están habituados a describir sus experiencias de forma más o menos específica. Con este enfoque,

"la recolección de la información es un proceso altamente interactivo de modo tal que las afirmaciones de la persona acerca de sus creencias o experiencias son objeto de una exploración de mayor alcance de lo que usualmente se le permite a los clínicos e incluso quizás a los pacientes mismos.

Por ejemplo, cuando el paciente describe una conspiración planeada en su contra, el terapeuta puede preguntar acerca de la/s organización/es involucrada/s, los motivos, las razones por las que sus perseguidores han fallado hasta la fecha, su fuente de financiación, la jerarquías de poder dentro de la organización, los mecanismos a través de los cuales el grupo adquiere destrezas inusuales, etc. Este proceso puede realizarse de forma respetuosa y está diseñado para interrumpir el procesamiento de las creencias que es habitual en la persona que escucha voces, para determinar las reglas que gobiernan lo que es posible y lo que no en la realidad alternativa de la persona y para permitirle acceder a la realidad y a "conductas libres" (Brehm, 1976) que se podrían usar de forma terapéutica. Pedirle al paciente de esta forma que proponga nuevo material y nuevas frases descriptivas puede ser útil posteriormente en la terapia para revisar la evidencia a favor y en contra de las creencias...

Con el fin de suscitar las respuestas emocionales asociadas a los síntomas, se le pide al paciente que recree la situación *en vivo* y si esto no es posible, el terapeuta puede usar la visualización guiada para reactivar simbólicamente la ocurrencia de un síntoma reciente. En tales circunstancias, es más fácil acceder a las cogniciones más relacionadas y el terapeuta también está en una posición que le permite "rastrear" el estado afectivo del paciente, los cambios fisiológicos observables y las alteraciones conductuales y posturales menos evidentes ...

Tanto el paciente como el terapeuta lo pueden grabar en una cinta y volverla a escuchar para una valoración más detallada o para practicar y ensayar respuestas alternativas...

Si se identifica el uso de estrategias de afrontamiento, se puede realizar un análisis de su eficacia, consistencia y limitaciones".

Se establece una distinción entre estrategias de afrontamiento adaptativas y desadaptativas.

"Una estrategia desadaptativa se define como aquella que es empleada por la persona como una forma de protección de un peligro inminente o un riesgo personal inaceptable. En otras palabras, se evita el síntoma a toda costa y por tanto, el paciente nunca está en posición de valorar el riesgo real. Un paciente que siempre grita en respuesta a sus voces, como si sus acusaciones y directrices tuvieran el verdadero potencial de amenazar su integridad psicológica o causarle un daño físico real, puede experimentar un alivio momentáneo contraatacando de esta forma, especialmente si su respuesta está asociada con la detención del síntoma. La intervención terapéutica consiste en estimularle y alentarle a no responder, para facilitar la prueba de verificación de la realidad, un enfoque análogo a la terapia cognitivo-conductual para pacientes obsesivo compulsivos (Salkovskis, 1989) ...

El desarrollo de una elaboración psicológica compartida es un aspecto clave de este enfoque. El grado de complejidad, el momento oportuno para comunicárselo al paciente, o si el relato se desarrolla conjuntamente, también variará en función de las características del caso. En general, la elaboración podría incluir un modelo cognitivo-conductual personalizado de los aspectos educativos y de los relativos al mantenimiento de procesos psicológicos tales como el "sesgo confirmatorio" (Chadwick, 1992). Un componente adicional podrían ser las explicacio-

nes sobre el síntoma que sean consistentes con el relato histórico del paciente, relacionadas con conflictos previos en las relaciones, traumas psicológicos, duelo y otras experiencias significativas cercanas al momento de aparición de las primeras experiencias psicóticas.”

Esto permite atribuirle sentido a la experiencia, lo que según Yusupoff y Tarrier es un aspecto especialmente importante para la relación terapéutica. Citan el ejemplo siguiente:

“Un paciente de más de cincuenta años solía creer que personas extrañas hablaban de él. Creía que estas personas conocían su diagnóstico de esquizofrenia y, en particular, que se trataba de un “esquizofrénico peligroso” y que era probable que lo persiguieran por este motivo. Durante la primera entrevista cognitivo-conductual se analizó más a fondo el tema de la peligrosidad, y en la exploración cognitiva el paciente reveló una fuerte asociación con un hecho del pasado; el vínculo histórico clave fue su relato sobre el comienzo de la psicosis hacía 30 años, cuando estaba en la Marina. Describió que atacó violentamente a un compañero porque pensó que éste había insinuado que había tenido una aventura con la novia del paciente; la gravedad de la ofensa fue tal que a continuación fue ingresado en un centro psiquiátrico y causó baja en la Marina... Retrocediendo aún más en el tiempo, recordó el terror que experimentó al vivir con un padre violento que con frecuencia acusaba a su madre de tener aventuras y que la maltrataba físicamente. El establecimiento de estas conexiones produjo a continuación, rápidos cambios clínicos que se tradujeron en una mayor disposición del paciente a colaborar con tareas de verificación de la realidad, para esclarecer hasta qué grado su interpretación de las situaciones interpersonales podrían haberse visto influenciadas por los recuerdos de hechos previos que se habían reactivado”.

### *La segunda fase: motivación*

“La motivación ... no se refiere al estado de desmotivación asociado a los síntomas negativos de la esquizofrenia, sino a si existe suficiente incentivo para lograr las metas terapéuticas ... La experiencia del sufrimiento en sí mismo no es condición suficiente para la alianza terapéutica. Puede haber ventajas percibidas o un beneficio secundario en la escucha de las voces: ventajas que incluyen la sensación de relajación o de estar acompañado/a, funciones protectoras y un aumento del autoconcepto”.

Por tanto, las actitudes de la persona hacia la experiencia de escuchar voces deberían ser aclaradas al comienzo de la terapia. Para este propósito, Yusupoff y Tarrier desarrollaron una entrevista de motivación. Entre las preguntas cabe citar: ¿Cuáles son las ventajas y las desventajas de la experiencia para el paciente? ¿Cuáles son sus expectativas con respecto a la pérdida de esta experiencia –pérdida de los beneficios de la seguridad social; pérdida del apoyo de los servicios psiquiátricos?

“Además, la cronicidad de la experiencia de escuchar voces puede ser tal, que quizás algunas personas no puedan concebir la vida sin ellas”.

¿Qué implicaciones tendría el perder esta experiencia? ¿Qué consecuencias tendría sobre la autoimagen (tener la experiencia vs. ser la experiencia)? ¿Cuáles serían las consecuencias de la conciencia dolorosa de los años perdidos como paciente psiquiátrico/a, y de la interrupción de la vida profesional e interpersonal, así como la falta de ventajas materiales?

“El desplazamiento de la responsabilidad por los hechos pasados también podría producir sentimientos de culpa por las acciones/conductas que eran consistentes con las creencias que la persona tenía en aquel momento pero que, en retroacción, le resultan inaceptables. En este sentido, se hace necesaria la legitimización de las experiencias psicóticas de la persona, ayudándole a aceptar el hecho de que no estaba en capacidad de elegir su historia previa y otros factores que pueden haber contribuido al desarrollo y el mantenimiento de la psicosis.

Quizás el ejemplo más claro de las desventajas asociadas a la pérdida de los síntomas sea el de las personas cuyos síntomas están muy entramados con las creencias acerca de sí mismas”.

### *La tercera fase: intervención*

“Los métodos de tratamiento varían considerablemente y dependen de si el síntoma que constituye el objetivo de la intervención es la escucha de voces o la creencia asociada, o ambas, y de si la meta terapéutica es puramente aliviar el sufrimiento o cambiar aspectos fundamentales de la experiencia y los factores que la refuerzan ... La intervención, ya sea a través del adiestramiento en técnicas de afrontamiento, de la manipulación de la respuesta emocional o la prevención de la respuesta, se realiza bajo unas condiciones de adiestramiento destacadas”.

Las etapas esenciales en el adiestramiento son:

- En primer lugar, la estrategia elegida se practica separadamente de las voces, por ejemplo, diciendo algo en voz alta, desviando la atención a otra cosa, o haciendo un ejercicio de relajación. El terapeuta hará una demostración (modelaje).
- En consecuencia, se practica con la experiencia. Esto supone pedirle al paciente que elicite las voces durante las sesiones. Un método alternativo es el de la simulación de las voces. Por ejemplo, una vez obtenido el relato sobre el contenido típico de las voces y sus características físicas, se puede grabar en una cinta y escucharlo para practicar y ensayar respuestas alternativas. Hacer el "role-playing" de la voz o leer un resumen de las creencias asociadas a la voz, es otro método que se puede aplicar de forma flexible, invirtiendo los roles cuando sea necesario.
- Se continuará practicando hasta que la persona indique (en una escala de puntuaciones) que ya no le resulta difícil y que la forma de afrontar las voces es eficaz.
- Cuando una estrategia no es susceptible de ser practicada durante las sesiones, se le asignará al paciente como una tarea en la cual se acordarán, en términos explícitos, las pautas de conducta y las condiciones necesarias.

### 11.5.-RECONducir LA VIDA (MICHAEL WHITE)

Esta es la denominación que Michael White (en Stewart, 1998) ha asignado a los métodos que emplea para ayudar a las personas que escuchan voces. Indica claramente el objetivo de sus intervenciones, básicamente ayudar a la persona que escucha voces a recuperar el control de su propia vida en lugar de sentirse dominada por las voces (véase también Poder para nuestros viajes, Cap. 15).

El método consiste en formular preguntas de manera tal que la persona comience a ver las voces como personalidades. Personalidades que no sólo son muy obstinadas, sino cuyas opiniones tienen un bagaje o unos antecedentes específicos. Es su historia lo que le da forma a las voces. White halló, de hecho, que las voces ejercen el control hablando como si fueran "expertos". Los expertos hablan de forma impersonal, sin revelar

los motivos o el propósito que hay tras lo que dicen, ni la forma en que adquirieron la información, excluyendo todos los detalles personales que han influido sobre sus opiniones o su versión de la realidad. No revelan su estatus, cómo lo alcanzaron ni qué influencia ha tenido su sexo, raza, cultura, clase social, trabajo u orientación sexual. Tampoco dejan entrever ninguna contradicción oculta tras la apariencia de conocimiento y sabiduría. Esto debilita enormemente a quienes están dominados por estos "expertos". El estilo discursivo limita las posibles respuestas.

Para que la persona "desenmascare" a la voz, debe hacerle preguntas acerca de sus motivos y propósitos, sus experiencias personales, su estatus y cómo adquirió esa supuesta información objetiva sobre la persona.

A continuación se ilustra el tipo de preguntas que se pueden formular a las voces:

### *Motivos y propósitos*

"Tienes opiniones sólidas sobre lo que yo debería hacer. Dime, al expresar tu opinión de esta forma, ¿qué efecto crees que eso podría tener en lo que hago?"

"Si lograras influir sobre lo que hago en esta ocasión, ¿cómo encajaría esto en tus objetivos generales para mi vida?"

### *Experiencias*

"¿Podrías contarme algunas de tus experiencias personales que hayan tenido un papel central en la formación de esa opinión? Eso sería muy útil para mí, ya que así sabría mejor cómo tomar tu opinión y podría identificar aquellas partes de tus opiniones que pueden ser apropiadas para mí. Quizás entonces yo podría contarte mis propias experiencias y compartir contigo algunas de las conclusiones a las que he llegado a partir de esas experiencias".

### *Posición personal*

"¿En qué círculos se sostienen con más fuerza este tipo de opiniones?  
¿Todas las personas que pertenecen a esos círculos están de acuerdo

con esta opinión? Si algunos de ellos estuvieran aquí con nosotros, ¿apoyarían tu opinión? ¿Qué crees que pasaría si no te apoyaran? ¿Qué clase de presión ejercerían sobre ti para que estuvieras de acuerdo con ellos? ¿Qué consecuencias tendrías que afrontar si no estuvieras de acuerdo con ellos?"

El propósito es desautorizar a las voces a través de su personificación. Sobre esto, White apunta:

"Las voces más molestas, son invasivas y hablan creando una impresión de autoridad. En los momentos en que son más perturbadoras, logran convencer a la persona de su autoridad y su conocimiento objetivo, haciéndole creer que conocen la verdadera identidad de la persona, los verdaderos motivos de los otros, etc. Por lo general, estas voces causan una gran impresión en la persona, consiguen atraparla y descalificar su conocimiento personal de la vida. Y esto suele ser traumatizante e invalidante para cualquiera".

La desautorización de las voces a través de su personificación las pone en perspectiva al identificar sus antecedentes específicos. Esto ofrece a la persona el espacio para tomar sus propias decisiones, basándose en su experiencia de la vida. Con este fin, White propone algunas preguntas preliminares a ser formuladas por el terapeuta:

- "¿De qué tratan de convencerle las voces en este momento?"
- "¿Cómo encaja esto con los planes generales de las voces para su vida?"
- "¿Cómo esperan las voces que sus afirmaciones afecten lo que hace?"
- "Si logran imponer su voluntad, ¿cómo imagina que esto podría influir en la dirección de su vida?"
- "¿Las voces saben lo que Vd. quiere? ¿Conocen su opinión?"
- "¿Las voces están en contra de que tenga su propia opinión?"
- "Tengo la impresión de que las voces le sumen en la confusión. ¿En servicio de quién está esta confusión?"
- "¿La conducta de las voces contribuye a los objetivos que tienen para su vida o le sirve a Vd. para clarificar sus propias metas?"

Transformar las voces en personalidades también permite ayudar a la persona a cambiar su relación con las voces. En el proceso, es probable que surja la oposición de las voces y debe prestarse atención a esto. White da algunos ejemplos de lo que puede decirse en estos casos:

- "En este preciso momento, ¿cómo están reaccionando las voces a este desafío?"

“¿Cómo les afecta que hable de ellas de este modo, desenmascarándolas?”

“¿Cree que esto contribuirá a disminuir o a aumentar la influencia que tienen sobre Vd.?”

“¿Las voces protestan contra esta discusión? ¿Esto les ha molestado? ¿Se sienten amenazadas? ¿Cómo reaccionan ante la amenaza? ¿Están tratando de retarle?”

“¿Cómo interpreta que se sientan amenazadas por esta conversación?”

“¿Cómo cree que se sienten las voces al tener que escuchar sus pensamientos, para variar un poco?”

“¿Cómo cree que se sienten las voces al saber que Vd. está empezando a irrespetarlas, a ser menos dependiente de ellas y que confía menos en ellas?”

“¿Qué les parece que Vd. haya descubierto sus trucos de persuasión? ¿Cómo afecta esto su posición en su propia vida?”

El trabajo de White no tiene como objetivo hacer que las voces desaparezcan, sino ayudar a la persona a desarrollar una relación diferente con ellas y disminuir su influencia. Esto conecta los planteamientos de White con nuestra línea de trabajo en Maastricht. Este autor alienta a las personas a adoptar una posición más objetiva y reflexiva sobre sus propias vidas, a actuar por iniciativa propia. Una vez que las personas abandonan la posición de víctima, su calidad de vida puede mejorar. Pueden comenzar a pensar acerca de sí mismas y lo que les ha sucedido desde una perspectiva diferente. Pueden comenzar a reconocer que lo que consideran un defecto, en realidad es una protesta, o una aversión hacia las opiniones que les han sido impuestas.

La intención no es estimular las confrontaciones directas con las voces. Cada vez que las voces estén haciendo mucho ruido o mucha presión, se aconseja a las personas que les hagan preguntas o que lean las notas que han tomado acerca de sí mismas (véase a continuación) y su relación con las voces.

White también subraya la necesidad de dirigir la atención de las personas hacia sus voces positivas. Esto puede tener como resultado que sea posible establecer una relación más intensa con las voces positivas, distinguirlas con más claridad y desarrollar una alianza más fuerte con ellas. La ventaja de esto es que las personas pueden estar mejor informadas acerca de lo que más les conviene. Una buena alianza puede desempeñar un papel significativo y brindar apoyo y un sentido de solidaridad. Esto hace que las personas sean menos vulnerables a las voces negativas, que suelen ser muy perjudiciales.

White sugiere que escribir acerca de sí mismas puede ser un recurso muy útil para las personas que escuchan voces. La persona escribe una relación de sus cualidades positivas con varios ejemplos. Este documento puede irse ampliando gradualmente y la persona puede recurrir a él cuando las voces son molestas, como guía para discernir sus propias opiniones sobre la vida. Este planteamiento coincide en gran medida con nuestro propio trabajo (Escher, 1993).

### 11.6. UN ESQUEMA DE INTERVENCIÓN SOCIO-PSIQUIÁTRICA (ROMME Y ESCHER)

Desde la perspectiva de la psiquiatría social, el síntoma es importante pero no hasta el punto de que toda la atención deba concentrarse exclusivamente en éste. El síntoma, después de todo, es una reacción ante una situación no resuelta; es la expresión de una incapacidad para funcionar en la sociedad a causa de problemas sociales que la persona no ha sido capaz de afrontar. La psicosis rompe la continuidad en la vida de una persona al desconectar la unidad entre hechos y emociones, tiempo y lugar.

En la fase de organización, por tanto, intentamos ayudar al paciente a lograr una mayor claridad sobre el patrón global interactivo de síntomas, funcionamiento social, historia personal, condiciones de vida y planes futuros. Con el fin de hacer esto de manera sistemática, seguimos los pasos siguientes:

- “Deconstruimos” la enfermedad en los síntomas que la componen y por los cuales, en definitiva, la persona busca ayuda, limitaciones tales como la ansiedad, la depresión, la escucha de voces, el aislamiento social y los impulsos incontrolables. Analizamos la forma en que éstos se relacionan entre sí y con la historia personal y las circunstancias actuales.
- Utilizamos instrumentos (véase Cap. 3) para valorar estos síntomas y proporcionar apoyo médico, psicológico y social.
- Adoptamos dos ángulos de aproximación diferentes. Uno se centra en la persona como un todo y el otro en los síntomas principales, relacionados con problemas vitales significativos.

#### *Centrarse en la persona como un todo*

La psiquiatría social propone que el profesional se ponga en el lugar de la otra persona y se pregunte “¿Podría vivir así?” Esto da lugar a preguntas sobre las que el profesional y el paciente deben reflexionar juntos:

- ¿Las condiciones básicas de vivienda, recreación, trabajo y económicas son adecuadas y seguras?
- ¿Hay algo que proporcione una estructura a la vida diaria de la persona?
- Con respecto a las interacciones principales con las personas que le rodean: ¿Hasta qué punto existen; son valiosas o son discriminatorias o incluso amenazantes?
- ¿Dispone de una red de personas a las que puede considerar sus amigos; personas con las que pueden hablar y que le brindan apoyo?
- ¿Desempeña algún rol social en virtud del cual es valorada por los demás?

En las fases aguda y de organización, la primera prioridad es ocuparse de las condiciones básicas de vida, crear una estructura y garantizar la seguridad de la persona. La intervención psicológica no tiene sentido en medio de una diáspora social ni cuando las interacciones sociales son muy perturbadoras.

### *Centrarse en los síntomas principales*

La idea es establecer un diálogo, basado en el cuestionario de Maastricht (véase Cap. 5). Esta entrevista debe hacerse de manera bastante formal. No obstante, no debe ser un proceso amenazante, que se prolongue durante muchas horas, ni con demasiadas digresiones. Debe proporcionar al terapeuta información directa sobre las posibles conexiones con la historia personal. El entrevistador comienza mostrando que acepta la realidad de la experiencia de la escucha de voces y que vale la pena hablar de ello. A continuación, elaborará un informe y en la siguiente sesión comentará la entrevista con la persona.

Se invita a la persona a que participe en su propio proceso de recuperación de varias formas:

- Comentando el efecto de la medicación elegida (en la fase aguda) con el fin de explorar las razones para continuar o suspender su uso.
- Llevando un diario.
- Leyendo sobre la escucha de voces, la experiencia de otras personas y la recuperación, etc. Algunas lecturas recomendadas son: *"Recovery – An Alien Concept"*, de Ron Coleman; *"Veronika decide morir"*, de Paulo Coelho; *"Recovery – a Holistic Approach"*, de Alison Reeves; *"Power to Our Journeys"*, de Michael White (véase Cap. 15)

y *"The Origins of Consciousness in the Breakdown of the Bicameral Mind"*, de Julian Jaynes, etc.

- Contactando con otras personas que escuchan voces en grupos de ayuda mutua.

Comentando las diferentes posibilidades de intervención descritas en este capítulo con el fin de analizar e influir sobre los aspectos más debilitantes. El entrevistador elabora un constructo sobre la posible relación entre las voces y la historia personal del paciente, pero sólo lo utiliza como guía. Debe explicar al paciente que hay muchas relaciones posibles, de las cuales ésta es sólo una. Entonces el constructo debe incorporarse a un conjunto de posibilidades, permitiendo que la persona las comente y elija por sí misma. Esto puede parecer complicado, pero es más seguro y efectivo, y es necesario, dado que las voces actúan como un mecanismo de defensa contra cualquier cosa que resulte amenazante (véase Cap. 4).

En este tipo de conversación, el profesional está guiando al paciente en su viaje personal de autodescubrimiento. Este formato ofrece muchas oportunidades para analizar, de forma más general, los efectos de cualquier trauma y las dificultades que una persona puede confrontar a medida que su sentido de identidad se fortalece y se desarrolla. Esta identidad se expresará en la capacidad para hacer elecciones, en la relación con sus padres, en la sexualidad y la religión, etc. El diálogo estimula a las personas a reflexionar sobre sí mismas. Esto es importante porque uno de los problemas principales en los trastornos mentales graves es el rechazo de las personas hacia sí mismas y el rechazo que sufren por parte de otras personas.

Hacer elecciones forma parte de la fase de organización. Las elecciones determinarán lo que las personas pueden hacer para ayudarse a sí mismas. Esto abarca la medicación, las técnicas de intervención cognitivo-conductuales, las actividades de ayuda mutua y las actividades sociales. Esto les ayudará a ocupar su lugar en la sociedad y a asumir las consecuencias.

## 11.7 DIÁLOGO CON LAS VOCES, O HABLAR DIRECTAMENTE CON LAS VOCES (DIRK CORSTENS)

### *Introducción al método.*

El método del "Diálogo con las voces" fue desarrollado por los psicólogos Hal Stone y Sidra Winkelman (1985) y su nombre proviene de la voz interna que se supone que todos tenemos. La teoría se basa en la premisa de que

la personalidad no es un todo unitario, sino que se compone de un conjunto de sub-personalidades. Estas sub-personalidades se manifiestan a partir de las experiencias que confrontamos a lo largo de nuestra historia personal. Stone y Winkelman distinguen dos tipos de sub-personalidades: las primarias y las rechazadas.

Las sub-personalidades primarias son aquellas que se van consolidando, ya que resultan más eficaces para la persona en las relaciones que mantiene a lo largo de su vida. Un ejemplo de esta sub-personalidad primaria podría ser el tipo "complaciente". Esta parte intenta agradar a las otras personas, en la medida en que la persona es más exitosa en sus relaciones interpersonales al complacer a otras personas con el fin de adaptarse a las normas establecidas.

Las partes rechazadas son aquellas que la persona no valora de forma positiva, debido a que no son percibidas como útiles en las relaciones interpersonales y a su efecto negativo sobre éstas. También pueden generar conflictos internos con las partes primarias. Un ejemplo de una parte rechazada puede ser "el niño", que cuando es rechazado no se puede expresar abiertamente. Esto puede conducir a una inhibición de la creatividad, ya que es muy difícil ser creativo sin nuestro niño interno. En nuestra sociedad, el "niño agresivo" no es especialmente aceptado sino que, por el contrario, será rechazado con frecuencia, tendrá problemas de autoexpresión y esto puede tener como resultado dificultades para defenderse a sí mismo.

Este método se ha utilizado muy poco en la terapia con pacientes psiquiátricos. El psiquiatra Dirk Corstens, que participó en la investigación sobre la escucha de voces en Maastricht, se inspiró en este método. Después de recibir la formación necesaria, planteó la idea de que las personas que escuchan voces podrían utilizarlo para hablar directamente con sus voces, con el fin de promover cambios en su relación con éstas. Así, llegó a la conclusión de que era posible emplear este método y que, en algunos casos, tan solo después de unas pocas sesiones podían producirse resultados duraderos en la relación de la persona con las voces. Además, la mayoría de las personas con las que empleó el método quedaron muy satisfechas con los resultados.

### ***El objetivo del diálogo con las voces en las personas que escuchan voces.***

El método no se ha estudiado de forma sistemática, pero se basa en años de práctica en la clínica de consulta externa para personas que escuchan voces del centro comunitario de salud mental de Maastricht.

Sólo se utiliza el método si la persona que escucha voces acepta con toda libertad, pudiendo suspenderlo en cualquier momento, incluso durante la sesión, si no se siente cómoda o segura. El método es obvio para las personas que escuchan voces, dado que ellas mismas hablan con sus voces. Lo que puede resultarles extraño es que otra persona quiera hablar con las voces directamente. Por tanto, es importante, explicarles que el propósito del método no es hacer desaparecer las voces, sino por el contrario, llegar a conocerlas mejor. Escuchar las razones por las que están con la persona y cuáles son sus objetivos en su relación con la persona. La ventaja es que la persona podría lograr una mejor relación con la voz al comprender sus objetivos, lo que con frecuencia es más positivo de lo que cabe suponer. Con frecuencia, las voces tratan de ayudar a la persona, lo cual no siempre es fácil de creer o comprender. La desventaja es que el método no puede emplearse en la primera etapa de la escucha de voces, durante la cual la persona aún se siente desbordada por la ansiedad que éstas le producen. Para que funcione, es necesario que la persona sienta curiosidad y esté, en cierto modo, abierta hacia las voces. En principio, debe existir una actitud de aceptación tanto en la persona como en el terapeuta. Este método no puede ser empleado por un terapeuta que desee controlar las voces o que crea que hacer desaparecer las voces es el único propósito lógico de la terapia. El objetivo es aprender a relacionarse con las voces y, por tanto, lograr una mejor comprensión constituye una ventaja. En este método se toma muy en serio a las voces y el terapeuta debe aceptarlas como una realidad (psicológica). Esta es una condición "sine qua non" ya que, de otro modo, no es posible establecer contacto con ellas. Al igual que sucede con las sub-personalidades, las voces sólo son accesibles a la comunicación siempre que el terapeuta no intente controlarlas ni las critique. Esta es la razón por la que en este método, el terapeuta se considera como un "facilitador", es decir, alguien que facilita la comunicación. Proporcionar información tranquilizadora es, por tanto, importante. Un ejemplo de esto sería plantear que las voces no tienen que hablar con el terapeuta si éste no es respetuoso con ellas. También es recomendable decir que si quieren hablar, el objetivo no es suprimirlas sino, por el contrario, tratar de conocerlas mejor. No es posible hablar con ellas sin su autorización. La persona que escucha voces controla el proceso y puede suspender la sesión en el momento que así lo desee. Dirk Corstens (2004) afirma: "No obstante, hay personas que evitarán por todos los medios hablar con sus voces. Sienten pánico ante la idea de que otras personas hablen con sus voces. Pueden sentirse avergonzadas por lo que dicen las voces o aún se sienten muy ansiosas. Cuando una persona no quiere que hable con sus voces, no lo hago. Puede ser que proponga hacerlo más adelante en una fase posterior de la terapia o que no lo haga nunca dado que puedo emplear otras técnicas. El diálogo con las voces es un medio, no una meta. Si quiero proponer una meta, será la de promover la comunicación

entre la persona y las voces para mejorar su relación. No recomendaría este método si la persona todavía se siente muy confusa, ya que le puede producir una confusión mayor aún. Cuando la persona atraviesa la primera fase aguda de una psicosis y lo que predomina es el miedo a la voz, lo desaconsejo totalmente. Brindar una sensación de seguridad constituye una meta mucho más importante. El diagnóstico de esquizofrenia no es, en sí mismo, un motivo para no emplear este método. La práctica ha demostrado que este método también puede ser útil a las personas con este diagnóstico”.

### *¿Cómo usar el método?*

El primer paso es preguntar a la persona que escucha voces cómo se sentirían las voces con respecto a la posibilidad de hablar con el terapeuta (conmigo). A continuación, se proporciona una explicación extensa sobre el método y su objetivo (véase apartado anterior). Lo más importante es subrayar que el objetivo no es suprimir las voces, sino tratar de conocerlas mejor y que, para poder proceder, las voces tienen que estar de acuerdo. Dar ejemplos de experiencias positivas con este método es útil para interesar a la persona y a las voces. Es importante despertar su curiosidad con el fin de que acepte el reto de este proceso. A algunas personas que escuchan voces les gusta mantener el control y con ellas se puede trabajar de forma indirecta. Así, la persona formula a sus voces las preguntas del terapeuta y reproduce las respuestas de las voces. Otras están en mayor capacidad de transformarse en sus voces y establecer así un contacto directo, similar al que se produce en las sesiones normales de diálogo de voces. De este modo, la voz habla directamente con el terapeuta (facilitador).

Una vez que se ha acordado con la persona cuál de las voces quiere hablar con el facilitador, se da inicio al diálogo. Dado que el terapeuta tiene conocimiento sobre las diferentes voces tras haber realizado la entrevista sobre las voces (véase Cap. 5), puede sugerir que le gustaría hablar con “tal o cual” voz (muchas voces tienen nombres o características reconocibles). Pero quizás sea mejor dejar la iniciativa a la persona y a las voces. Si la toma de decisiones se prolonga, se puede proponer invitar a la voz con respecto a la cual la persona se siente menos asustada, aquella en la que está más interesada o la que considera más positiva. Se recomienda comenzar por la voz menos amenazante.

### *¿Qué preguntas formular?*

Cuando se llega a un acuerdo en lo relativo a la voz que quiere hablar con el terapeuta, el terapeuta saluda a la voz que desea hablar con él. Le

expresa que aprecia el hecho de que la voz (la llama por su nombre) hable con él y le explica de nuevo el propósito de la conversación.

Se inicia la conversación a través de preguntas abiertas y esclarecedoras de tipo práctico. No se trata de iniciar una conversación sobre ella sino de reunir información referente a la voz y su relación con la persona que escucha voces.

Ejemplos de preguntas recomendadas para comenzar diálogo:

- ¿Quién eres?
- ¿Tienes nombre? (en caso de que la voz no dé un nombre)
- ¿Cuántos años tienes?
- ¿La persona (nombre de la persona que escucha voces) te conoce?
- ¿Cuándo apareciste en la vida de (nombre de la persona que escucha voces)?
- ¿Por qué razones o motivos apareciste en la vida de (nombre de la persona que escucha voces)?
- ¿Cuáles eran en esa época las circunstancias en la vida de (nombre de la persona que escucha voces)?
- ¿De qué cosas tuviste que ocuparte?
- ¿Qué te gustaba hacer por (nombre de la persona que escucha voces)?
- ¿Qué quieres conseguir para (nombre de la persona que escucha voces)?
- ¿Qué sucedería si no estuvieras allí?
- ¿Cómo se relaciona (nombre de la persona que escucha voces) contigo?
- ¿Qué dificultades tienes en la relación con (nombre de la persona que escucha voces)?
- ¿Cómo describirías tu relación con (nombre de la persona que escucha voces)?
- ¿Hay algo que te gustaría cambiar en tu relación con (nombre de la persona que escucha voces)?

Al formular este tipo de preguntas, se establece un diálogo en el que la voz explicita la forma en que percibe su función. Por lo general, esto plantea temas emocionales relacionados con las vulnerabilidades de la persona que escucha voces. Esclarece el tipo de protección que la voz quiere ofrecer y el tipo de defensas o interacciones en las que la persona que escucha voces parece fallar.

Un ejemplo de esto es una voz que siempre le dice a la persona que sería mejor que se suicidara. Durante la conversación, la voz explica que

quiere que la persona se defienda mejor, que debería protestar más abiertamente ante la conducta de otras personas cuando no la toman en serio y pasan por encima de ella. De este modo, la voz intenta decirle a la persona que podría morir si no aprende a defenderse a sí misma. De esta forma, se hace evidente la lógica emocional de la voz y pasa de ser amenazante a protectora. Se trata de un estilo de protección planteado en una forma parental antigua de desafío.

### *Cierre de la conversación con la voz.*

Una vez formuladas y contestadas las preguntas, se puede finalizar la conversación dándole las gracias a la voz por sus explicaciones esclarecedoras acerca de aspectos que no se comprendían del todo. El terapeuta le pregunta a la voz si no le importa terminar la conversación y quizás tener otra conversación en otra ocasión. Entonces se despide de la voz y le pide a la persona que se siente en la silla en la que estaba sentada inicialmente. Comienza a repasar con la persona la totalidad de la conversación que tuvo con la voz, debido a que con frecuencia ocurre que la persona que escucha voces no es consciente de todo lo que la voz ha dicho. Esto podría considerarse una forma de disociación que hace necesario volver sobre la conversación sostenida con la voz y comentarla. El terapeuta y la persona que escucha voces pueden comentar lo que la persona piensa y siente con respecto a lo que ha dicho la voz. ¿Se trata de algo que puede reconocer o de algo extraño, en lo que nunca había pensado? Esto aporta material para la sesión siguiente, que podría tener como objetivo la posibilidad de enfocar y reaccionar de manera diferente a lo que ha dicho la voz. Puede ser un punto de partida para cambiar la relación con la voz o una razón para formular otras preguntas a la voz en la próxima sesión.



## La recuperación o intervenciones en la fase de estabilización (Intervenciones a largo plazo)

**L**a recuperación supone una forma personal de reintegración a la sociedad, la cual forma parte de la fase de estabilización, y es probablemente el aspecto más difícil de las tres fases que las personas que escuchan voces deben atravesar. Como apunta Ron Coleman (1997), “se trata de pasar de ser una víctima a ser un vencedor”. La sociedad puede ser un campo de batalla y las personas requieren energía y valor para “volver al combate” y recuperar su posición después de haberla perdido. Esto resulta doblemente difícil para quienes escuchan voces: por lo general, las voces no sólo se originan a causa de problemas sociales, sino que también los causan. Esto ha quedado demostrado en nuestra investigación y confirmado por otras fuentes bibliográficas.

Estos problemas son abrumadores emocionalmente y destruyen el sentido de identidad de las personas (Coleman, 1999). Alteran las relaciones de la persona y su interacción con la sociedad, evitando su integración. Las voces ocasionan problemas sociales al inducir a la persona a llevar a cabo acciones de carácter antisocial o generarle confusión, comprometiendo así su capacidad de funcionar adecuadamente. Las personas que la rodean responden con rechazo hacia su conducta. Se

considera un fenómeno aislado independiente del contexto de la vida de la persona y se le etiqueta como síntoma de una enfermedad que es producto de un trastorno de la función cerebral. La intolerancia y la falta de comprensión alienan aún más a estas personas del mundo exterior y las sumen en la inseguridad con respecto a sí mismas. En los jóvenes, esto obstaculizará su desarrollo social, dado que la atención se desplaza hacia el fenómeno, ignorando las experiencias traumáticas que lo ocasionaron. Los tratamientos psiquiátricos tradicionales refuerzan este aislamiento al centrarse en el fenómeno, y los psicofármacos disminuyen la vitalidad, restándole aún más energía a la persona para afrontar sus problemas.

### *Rehabilitación*

Rehabilitación significa, literalmente, restituir a alguien su propia posición social, devolverle su honor. Esta definición lleva implícito el sentido de daño e injusticia infligido sobre las personas que son maltratadas (Loenen, 1997). La rehabilitación médica no se plantea en términos de restitución sino únicamente de la modificación de una conducta. Esto podría explicar por qué el tratamiento no es tan eficaz como quisiéramos debido a que, sin dignidad, hay muy pocas probabilidades de que esto suceda. Esta es la razón por la que necesitamos analizar los problemas socioemocionales que subyacen a la escucha de voces con el fin de "restituir el honor de la persona".

El segundo paso hacia la recuperación es, por tanto, aumentar la independencia de la persona. Esto sólo puede hacerse adoptando la perspectiva de la persona como punto de partida para el trabajo, no la del terapeuta. No se trata de que la persona pueda convertirse en un/a ciudadano/a productivo/a sino de devolverle el control de su vida. Si esto funciona, el paciente puede comenzar a valorar su independencia y, siempre que sea posible lograr este ideal, incluso aumentarla. Aquellos que no puedan recuperar el control total de sus vidas, necesitarán un entorno que les brinde seguridad en los momentos en que se sientan vulnerables. Los casos siguientes ilustran las dos alternativas.

### *Historia de un caso*

Una mujer de 24 años comenzó a escuchar voces después de que su novio la abandonó. Vivía en un barrio que era peligroso para una mujer sola y, por añadidura, perdió su trabajo. Su ambición era tener su propia tienda de modas pero ahora que su único ingreso se reducía al subsidio por des-

empleo, eso era imposible. El entorno peligroso en el que vivía y la falta de perspectivas, coincidieron con el comienzo de la escucha de voces.

Las voces la criticaban de varias maneras. Se sentía confusa y comenzó a replegarse en sí misma. Su madre se las arregló, con la ayuda del médico de familia, para que la derivaran a un psiquiatra. Pero en lugar de analizar su repentino cambio de circunstancias y reconocer que su reacción era comprensible ante este cambio imprevisto, le indicaron una alta dosis de neurolépticos. Esto no tuvo efecto sobre las voces, pero afectó seriamente sus niveles de energía. El tratamiento duró dos años y no dio resultados.

Su madre se sentía tan insatisfecha como ella y se puso en contacto con otro psiquiatra que empezó a explorar todos sus problemas. Para ese entonces la paciente había dejado de tomar la medicación por iniciativa propia y se sentía con mayor vitalidad.

Tuvo una entrevista sobre las voces y a partir del constructo resultante pudo deducirse que las voces comenzaron en un momento en el que se sentía insegura y que, a su vez, reforzaron este sentimiento de inseguridad. Tenía una serie de motivos para sentirse insegura –sus condiciones de vida, la dependencia del subsidio por desempleo y el no tener esperanza alguna de cumplir su deseo de abrir una tienda de modas. Afortunadamente, estaba motivada a hacer algo al respecto. Su madre tenía una casa propia y podían transformar el ático en un apartamento en el que su hija pudiera sentirse segura y en el que tuviera privacidad. A causa de las voces, no se atrevía a iniciar la formación necesaria para abrir una tienda de modas. Sin embargo, un tiempo después encontró un trabajo como peluquera, para el cual tenía formación. Cada vez que reaparecían las voces, iba al baño y las escuchaba allí. Les decía si tenían razón o no y entonces volvía con su cliente.

Debido a que ahora podía comprender las razones de sus dificultades previas y a que se sentía segura, y a la vez, tenía privacidad, gradualmente fue reuniendo el valor necesario para realizar su meta. Comenzó la formación necesaria para emprender su propio negocio. Lo culminó de forma satisfactoria a los dos años y en ese momento, aunque se sentía llena de dudas e inseguridades, compró su propia tienda. Estaba completamente rehabilitada y en condiciones de establecerse de forma independiente, todo ello en el orden correcto (hacer las cosas en sentido inverso es mucho más difícil). Sigue escuchando voces de vez en cuando, especialmente cuando algo la hace sentirse insegura. Las ha aceptado como una parte de sí misma y entiende que funcionan como señales de alarma.

### *Historia de un caso*

Un hombre de 28 años que escuchaba voces había recibido tratamiento durante algún tiempo en un servicio psiquiátrico que colaboraba con nosotros en el proyecto sobre la escucha de voces. Llevaba una vida muy solitaria, vivía en pensiones y comía en la casa de sus padres. Tomaba neurolépticos que no habían tenido efecto sobre las voces.

Realizamos una entrevista y desarrollamos un constructo. Al principio, creímos que las voces estaban relacionadas con un fatal accidente de coche. El accidente no fue responsabilidad del paciente. Cuando ocurrió él estaba sentado al lado de su amigo que iba conduciendo. Sin embargo, hablar de esto no reveló ningún dato de utilidad y concluimos que esta experiencia no era la causa del problema.

Un día, el paciente comentó que Napoleón era el causante de su problema. Al comienzo de mi carrera, habría pensado que este comentario era un mero síntoma y, por lo tanto, no le habría prestado atención. Pero ya no pienso de ese modo, así que le pregunté qué quería decir, porque no lograba ver una relación obvia. Me explicó que Napoleón había desarrollado un sistema legal, el código Napoleónico. Previo a esto, su problema no habría sido una falta punible, pero ahora lo era. Tras hablar sobre esto se hizo evidente que el problema estaba relacionado con su sexualidad: era un pederasta. Obviamente, en este caso, la dificultad estribaba en que no era posible lograr la rehabilitación alentándole a asumir su sexualidad inaceptable. La elección de reconocer las voces como una señal de peligro junto con una medicación para reducir su libido, podría plantearse como una estrategia realista. En una situación como ésta, la recuperación es un proceso muy difícil y depende del paciente decidir qué opción tomar.

### *Historia de un caso*

Alex era un hombre de 42 años que escuchaba voces desde los 11 años de edad. Con respecto a su experiencia comentó:

“Recuerdo que ya escuchaba las voces siendo aún muy joven, pero siempre estaban acompañadas de una cara sonriente y satisfecha. Cuando tenía 11 años, repentinamente las voces se tornaron agresivas y ya no pude controlarlo. Cuando tenía 14 años, me llevaron a ver a la psiquiatra infantil y me ingresaron en un hospital grande que tenía una sala especial para niños. Desafortunadamente, me dejaron en

sala de los hombres. Me diagnosticaron como esquizofrénico y me inyectaron neurolepticos. Esto hizo que fuera aún más difícil controlar las voces. Y lo que es peor, la medicación inhibió todas mis emociones. Me transfirieron a varios hospitales en varias ocasiones.

En ningún caso me preguntaron lo que pensaba o sentía. Cuando decía que escuchaba voces, me contestaban que estaba alardeando, o que me darían otro cóctel de medicación. Sólo después de 15 años de tratamiento psiquiátrico, cuando tenía 29 años, encontré a alguien que estaba dispuesto a escucharme. Viéndolo en perspectiva, creo que fue un punto decisivo en mi vida. Una enfermera se tomó el tiempo necesario para escuchar mis experiencias y sentimientos. Solía sentarse cerca de mí y no al otro lado de la mesa. Apagaba su teléfono y no estaba disponible para ninguna otra persona. Lentamente, entre nosotros creció un sentimiento de confianza. Me las arreglé para contarle que mi padre abusó de mí sexualmente y también le hablé acerca de las voces. A veces, cuando le describía lo que me había sucedido, me decía que escuchar eso la afectaba y que necesitaba hacer una breve pausa. Finalmente, había encontrado a alguien que reconocía el dolor que yo sentía. Me ayudó a darme cuenta de que las voces eran una parte de mí, que eran válidas y que tenían un propósito. En un lapso de seis meses, pude desarrollar una forma de afrontar las voces. Lo más importante con respecto a ella, es que fue sincera en sus intenciones y en sus respuestas a lo que le contaba.

Aprendí por mi cuenta varias técnicas de afrontamiento a corto plazo. Una de ellas fue reservar un tiempo para las voces cada día. Un momento en el que tuvieran un espacio libre en el que yo pudiera prestarles atención. Otra técnica para emplear con otra voz (escuchaba cuatro voces) fue permitirme sentir miedo y entonces la voz desaparecía. La enfermera me alentó a mirar las ofertas de empleo. Era muy creativa en esto y pegaba los avisos en mi espejo, en mi plato, en cualquier lugar al que yo mirase, de manera que no pudiera ignorarlos. No obstante, me ayudó a hacer una elección libre, a superar mi indecisión inicial y me apoyó al hacer esa elección. Me dijo que era capaz de hacerlo y le creí. Solicité un trabajo y obtuve una plaza en un centro de salud mental. He estado trabajando aquí durante muchos años. Organizo cursos y congresos y elaboré un cuaderno de trabajo para pacientes. Todavía escucho las voces y no resulta nada fácil”.

En este caso, devolverle a este hombre su dignidad fue la base para la recuperación de su independencia, no a la inversa.

### *Historia de un caso*

Un hombre de 30 años escuchaba siete voces y esta cantidad iba aumentando gradualmente. La primera vez que escuchó una voz estaba trabajando en su oficina. Al principio, pensó que era su secretaria, pero ya se había ido a su casa. Estaba cansado y al escuchar la voz se asustó, así que se fue a un bar y se embriagó. La voz no desapareció. Fue a ver a su médico y éste lo derivó a un psiquiatra que lo ingresó en un hospital psiquiátrico. Al hablar sobre el hospital, dijo:

“En el hospital me sentía completamente impotente. No tenía el control y al mismo tiempo tenía el control total. Todo lo atribuían a mi enfermedad. Era una especie de desplazamiento de la responsabilidad. Me decían que mi conducta se debía a una enfermedad, pero yo pensaba que no estaba enfermo”.

Después de muchos años de ingresos involuntarios en el hospital, donde lo diagnosticaron como esquizofrénico, encontró un grupo de ayuda mutua para personas que escuchan voces. Allí descubrió la relación entre sus voces y su historia personal, y lentamente permitió que sus sentimientos con respecto a lo que le había sucedido fueran aflorando.

Su novia de 23 años se suicidó estando embarazada de seis meses. La mantuvieron con vida asistida por aparatos para salvar al bebé que, no obstante, murió tres días después. En ese entonces, él tenía 17 años y después del suicidio de su novia, trató de anular todos sus sentimientos. Se alistó en el Ejército y, al comienzo, para afrontar las emociones que lo desbordaban, empleaba la “agresión controlada”, una táctica que aprendió jugando rugby. También se concentró en sus estudios.

A través de un “head-hunter”, encontró trabajo fuera del ejército, en el cual aplicó la misma autodisciplina cuyo lema era “trabajar duro y ser fuerte”. Era despiadado. Las personas lo evitaban y nadie lo invitaba a las fiestas. Un día, jugando al rugby, un oponente muy fuerte corrió hacia él y le rompió la cadera, por lo que lo llevaron al hospital. Para su sorpresa, recibió una respuesta solidaria por parte de sus compañeros de equipo, una nueva experiencia ante la cual no sabía cómo reaccionar.

Después de esto, comenzó a soñar con su novia muerta y se dio cuenta de cuánto la echaba de menos. De vuelta al trabajo, trató de contener sus emociones, pero no lo logró. Empezó a escuchar voces en el trabajo, perdió su empleo y quedó atrapado en el campo de batalla psiquiátrico antes mencionado.

No fue hasta que entró en el grupo de ayuda mutua que comenzó a lograr cierta comprensión sobre la relación entre sus sentimientos y sus voces. Cuando le preguntamos “¿Quién le devolvió su poder?” mencionó a un pequeño grupo de personas que le dieron apoyo fuera del hospital, el grupo de ayuda mutua y dos sociólogos. Lo que hicieron fue tratarlo como una persona, aceptándolo y respetándolo por lo que era.

En el lapso de un año, adquirió muchos conocimientos sobre el fenómeno de la escucha de voces hablando sobre ello con otras personas, así como a través de la lectura. Creó una red nacional en el Reino Unido y actualmente imparte cursos de formación para profesionales en el área.

Este ejemplo demuestra que al devolver la dignidad, a través del reconocimiento a la persona, su experiencia y sus percepciones, puede abrirse el camino a una existencia independiente.

Conocemos muchos ejemplos que, retrospectivamente, han evidenciado que el cambio en las circunstancias sociales de una persona es mucho más importante que cualquiera de las intervenciones centradas en la escucha de voces. Esto demuestra que quizás no sea recomendable aferrarse a la idea de que es necesario curar los síntomas antes de intentar mejorar las circunstancias sociales de una persona.

### *La importancia de las relaciones cercanas*

Prácticamente todas las personas que conocemos que escuchan voces y han aprendido a vivir con sus experiencias, han descrito la importancia de tener un amigo, una pareja o un familiar que les escuchara, les aceptara y les transmitiera una sensación de seguridad. La clave es la calidad y no la cantidad. Basta con tener una persona en la cual poder confiar para que las personas se sientan seguras, incluso cuando las voces están presentes de forma permanente.

Encontrar el apoyo y la ayuda adecuada puede ser todo un arte. Sin esto, el riesgo de ser hospitalizado es mucho mayor debido a la influencia de las voces sobre la conducta. Cuando las voces son más intensas, las personas necesitan más consuelo y apoyo que tratamiento. En Londres, la organización Lambeth Link (para los usuarios de los servicios de salud mental) ofrece a sus miembros la posibilidad de alojarse por unos días en uno de sus apartamentos y recibir el apoyo de otros miembros que tam-

bién escuchan voces. Pero no todas las personas tienen esta suerte. Una buena solución consistiría en un sistema de salud mental flexible que permitiera al paciente llegar a un acuerdo acerca del tipo y duración del tratamiento (Jong, 1997).

La rehabilitación no sólo se centra en la persona, sino también en su entorno. Una persona puede ser incapaz de cambiar o de influir sobre sus propias circunstancias. En este sentido, la rehabilitación debe incluir la provisión de la mejor información posible a la pareja, los miembros de la familia, y los amigos y conocidos que la persona ve con frecuencia. Quienes tengan un contacto estrecho con la persona deben estar bien informados sobre lo importante que es para estas personas el sentirse seguras y darles mensajes tranquilizadores. Deben entender también la magnitud del sufrimiento que conlleva la escucha de voces.

### *Historia de un caso*

Una mujer que asistió a nuestra primera conferencia sobre la escucha de voces en 1987 fue la primera en hacer que nos diéramos cuenta de la importancia de la sensación de seguridad y de los mensajes tranquilizadores. Trajo a su madre y a su novio. La presencia de otras 200 personas que escuchaban voces, la atmósfera abierta y el respeto de cada una de estas personas hacia las experiencias de las otras, cambió la actitud que su madre y su novio habían tenido hasta ese momento. Se marcharon con una mayor comprensión de la conducta de esta mujer y del dominio de las voces.

Poco después de esta conferencia, la mujer se casó. En el pasado, sus relaciones siempre habían marchado mal porque sus parejas no podían entender sus experiencias con la escucha de voces o las rechazaban y, por su parte, las voces no aceptaban a las parejas. Sin embargo, las voces no hicieron comentarios sobre su marido.

El amor es sumamente importante en la vida de las personas que escuchan voces. Aunque no podemos imponerlo o prescribirlo, podemos reconocer su contribución.

### *Conclusión*

Para concluir este capítulo, resumimos los pasos principales del proceso de rehabilitación y reintegración necesarios para la recuperación. Estos

pasos se pueden seguir no sólo en la escucha de voces sino también en muchos otros trastornos psiquiátricos graves:

- “Deconstruir” la etiqueta diagnóstica en los síntomas y patrones de respuesta originales.
- Aceptar los síntomas, al igual que las voces, en tanto que experiencias reales.
- Darle sentido a los síntomas originales (p. ej., las voces) estableciendo la relación entre éstas y la historia personal. Hacer esto, permite restituir el sentido de continuidad, interrumpido por la experiencia de la psicosis.
- Rehabilitar a la persona; esto significa devolverle su honor personal a través del reconocimiento de su dolor y su trauma reales. *La dificultad en este proceso está en la elaboración de la culpa y la agresividad* –parte del rechazo implícito en las experiencias traumáticas- y a través de este proceso de elaboración, dejar los hechos en el pasado (véase también Herman, 1992).
- Estimular las elecciones sobre la vida futura y en el “aquí y ahora”, con el fin de facilitar la auto-expresión en una red social, en el trabajo, etc. y la capacidad de asumir riesgos en la vida y en las relaciones afectivas nuevamente.



## Uso de la teoría de la persona que escucha voces

**H**asta ahora, hemos analizado la escucha de voces desde el marco de la psiquiatría y la psicología, en el contexto del sistema de salud. Las personas que escuchan voces, como cualquier otra persona, prefieren explicar su experiencia en sus propios términos, y esto produce muchas teorías diferentes, que varían según sus visiones de la vida, su religión y su herencia cultural.

La psiquiatría y la psicología entienden las voces como una parte de la persona, pero ajena a la vez. Esto es lo que define a una alucinación auditiva: "no soy yo". Para los pacientes, resulta más cercano a su experiencia y a sus propias observaciones, el describir las voces como externas a su personalidad: "La voz dice cosas que ignoro, utiliza palabras que yo no uso, por tanto, yo no puedo ser la voz. Debe ser otra persona" o "Escucho más de una voz al mismo tiempo. Es imposible que yo sea todas esas voces".

En nuestro estudio de 1987, unas 190 personas que escuchaban voces respondieron a la pregunta referente al origen de sus voces de la siguiente forma:

- Un 41% las atribuyó a fantasmas o dioses.
- Un 16% las interpretó como guías positivos.
- Un 24% las consideró un don especial.
- Un 26% reconoció las voces como pertenecientes a alguien conocido de su vida cotidiana (ya fuera fallecido o vivo).

La Tabla 7 (véase Apéndice 2) muestra los resultados que obtuvimos en nuestro último estudio comparativo (véase Cap. 2).

A continuación, exponemos algunas de estas creencias, pertenecientes a varios marcos conceptuales diferentes y evaluamos su utilidad para explicar la relación entre las voces y la persona que las escucha. Ninguna de las creencias es extravagante. Son equivalentes a subculturas, es decir, a nuevas interpretaciones de filosofías ampliamente aceptadas pero ahora irreconocibles. A continuación, describimos varios sistemas de creencias con ejemplos demostrativos de la forma en que las personas que escuchan voces los utilizan para afrontar las voces.

### *La experiencia mística y la religión*

Muchas personas comienzan a escuchar voces a partir de una experiencia mística. Algunas la interpretan como una experiencia religiosa y otras como una experiencia cósmica. La esencia de ambas es el sentimiento de estar unidos o conectados, en comunión. Esta unidad puede aliviar la carga de una soledad insoportable. Por lo general, las personas que escuchan voces manifiestan el sentimiento de estar totalmente fundidas con el universo.

En esta sección describimos el misticismo y la religión. La experiencia espiritual, no religiosa, se expondrá en la sección sobre *Psicología Transpersonal* (véase p. 155). Según Stap y Marrelo<sup>9</sup> (1993):

“El misticismo es principalmente una experiencia. Aunque las descripciones de esta experiencia -en caso de que las haya- están inevitablemente condicionadas por la época y la cultura, todas ellas comparten una premisa central: básicamente, que esta experiencia no constituye sólo una parte de la realidad, sino la realidad en su totalidad, como una unidad. La persona que tiene una experiencia mística

---

<sup>9</sup> Esta sección se basa en el capítulo de Stap y Marrelo en Romme y Escher (1993) “*Accepting Voices*”, pp. 96-98, a menos que se indique lo contrario.

se siente en comunión con un ámbito que abarca todo lo existente; que no está separado de la realidad en sí, pero que no es totalmente cognoscible través de la percepción ordinaria. Este ámbito parece revelar a la persona una verdad irrefutable, que va más allá de la razón y de los sentidos, representando la culminación de todo”.

La experiencia mística es la base de todas las formas de religión, por ejemplo:

“El Budismo nació en el preciso instante de la iluminación de Buda; el Cristianismo surgió a partir de los encuentros individuales de las personas con Dios en la forma de un ser humano, Jesús de Nazaret. En cada caso, la experiencia es lo primero; sólo después se crea la doctrina, la forma estructural dentro de una sociedad determinada y con unos códigos coherentes de moralidad.

En todas las culturas, los místicos han enfatizado reiteradamente que la experiencia misma es inaccesible a la razón y que es inexplicable e incommunicable. Esto significa necesariamente que el contenido de dicha experiencia no es susceptible de verificación y sólo puede ser conocido por quienes tengan percepciones similares y por quienes están abiertos y son receptivos a la experiencia mística. Aunque no se disponga de una explicación racional de la experiencia mística, ésta no constituye en sí misma una contradicción con los poderes de la razón”.

No cabe duda de que los personajes bíblicos escuchaban voces. Esto se menciona prácticamente en cada página de la Biblia. Tanto en el Antiguo como en el Nuevo Testamento, Dios le habla al pueblo, Dios tiene una voz:

“A lo largo de toda la Biblia, Dios se dirige al pueblo: Le pide explicaciones, establece un diálogo con éste, escucha sus preguntas”.

### *Estudio de un caso*

El psicólogo británico P. Chadwick trató a esta paciente:

Una mujer de 59 años había manifestado escuchar voces y ver visiones durante 20 años. Las voces contribuyeron a varios intentos de suicidio. La medicación no tuvo efecto sobre las voces y las visiones. Escuchaba una voz que se presentó a sí misma como Dios. Esta voz le ordenaba que se

suicidara, que matara a su familia y a varios compañeros de la oficina. Al mismo tiempo, veía visiones de su hija y de su perro que trataban de convencerla de que escuchara la voz de Dios y se reuniera con ellos en el cielo.

Las convicciones más significativas de esta mujer eran:

“Dios me habla”.

“Si me rehúso a obedecer, seré castigada”.

“No tengo control sobre las voces”.

En la terapia, se desafiaron estas convicciones y, trabajando conjuntamente, el terapeuta y la paciente exploraron cuál era la base de tales convicciones. La mujer era una católica practicante, por lo que el terapeuta le planteó las siguientes preguntas:

“¿Es posible que Dios ordene a una persona que mate a otra?”

“¿Alguna vez la han castigado por no cumplir instrucciones?”

El propósito de analizar esto era evaluar si las instrucciones que recibía eran congruentes con sus creencias católicas.

### *Resumen*

Cuando una persona escucha una voz en un contexto religioso, el diálogo entre el paciente y el terapeuta debe centrarse en diferenciar qué valores representa la voz. ¿La voz tiene un rol de un acusador que exige al pueblo el cumplimiento de los mandamientos, al estilo del Antiguo Testamento? Si es así, las voces podrían estar operando al servicio de la conciencia, instando a la persona a salvar el mundo. Esto excede las posibilidades de la persona y su poder sobre las otras personas de su entorno y sobre la sociedad en general. Si se trata de los valores del Nuevo Testamento, es más probable que la voz se limite a crear reglas únicamente en beneficio de la persona.

En ambos casos, la voz es una función de la conciencia, pero de una conciencia que va más allá de lo personal, y que está ligada a mandamientos de una autoridad superior cuyas órdenes pueden tener consecuencias de largo alcance. Encarna el dogma religioso dentro de un contexto social y cultural. En el ejemplo, Chadwick no pregunta sobre la autenticidad de las voces, sino que se centra en las órdenes que le dan a la paciente.

### *Psicología Transpersonal*

Transpersonal, que significa más allá de lo personal, es un término asociado al trabajo de A. Maslow y su escuela de pensamiento. La psicología transpersonal busca el desarrollo espiritual y, según un investigador muy conocido en este campo, el psiquiatra italiano R. Assagioli (1988), la transpersonalidad alude a:

“todas las experiencias relacionadas con la conciencia del supraconsciente, que pueden incluir o no la experiencia del sí mismo (self). Esto no debe entenderse como un don excepcional y reservado a unos pocos, sino como una reserva de cualidades superiores que, aunque inicialmente recesivas, son accesibles a cualquier persona que esté dispuesta a evocarlas e intente desarrollarlas a través de un esfuerzo consciente y del uso deliberado de sus propias energías, mediante las técnicas y la formación adecuadas”.

Entrar en contacto con estos estados de conciencia es lo que Assagioli define como “despertar espiritual”:

“Desde el comienzo de los tiempos, ha habido personas que han afirmado haber experimentado estados de conciencia que diferían significativamente, en calidad, intensidad y efecto, de aquellos que normalmente proyectan sus imágenes de luces y sombras sobre la pantalla de la conciencia humana. El principio de la psicología transpersonal es, por tanto, la existencia de una supraconciencia que en general no es reconocida, especialmente en el área de la ciencia y la psicología, para las que constituye una entidad desconocida. La realidad del supraconsciente no necesita demostración; sin embargo, es una experiencia y cuando somos conscientes de ella, podemos entenderla como uno de esos “hechos de la conciencia”. Existe un intercambio continuo entre la mente consciente y el subconsciente”.

Han sido muchos los científicos dedicados a este campo que han contribuido al debate sobre la existencia y la naturaleza de diferentes estados de conciencia. Cabe citar a R. M. Bucke (1901), W. James (1909), C. Jung (1963), R. D. Laing (1965), A. Maslow (1968), R. Assagioli (1988), S. Grof (1989) y K. Wilber (1995), entre otros.

Assagioli recopiló datos a partir de entrevistas, diarios, autobiografías y correspondencia. En base a esta información, definió las siguientes características propias del nivel de conciencia superior:

- “Un sentido de profundidad, de descender hasta el fondo de nuestro ser.

- Interiorización, un proceder de lo externo a lo interno, desde la periferia hasta el centro de nuestro ser.
- Elevación a un nivel superior (por lo general, aparece asociado al simbolismo de escalar una montaña o de ascender a una cima).
- Un sendero o camino que debe ser transitado.
- Expansión de la conciencia, a veces vertiginosa; los límites restringidos del "yo" son trascendidos, quedando anulados momentáneamente.
- Sentimiento de desarrollo y activación; una sensación de eliminar lo velado, la confusión y los obstáculos y, por consiguiente, de florecer o emerger.
- Potenciación: experimentar una energía más fuerte y dinámica que transmite una sensación de plenitud e intensidad del ser.
- Un despertar, descrito en muchos testimonios como: "He despertado a una realidad superior", "He salido de las tinieblas de los sentidos". Una nueva luz ilumina el mundo interno, "arrojando luz" sobre los problemas y disipando las dudas. Por lo general, esta sensación se ve acompañada de un sentimiento de gozo, de alegría que llega incluso a un estado de éxtasis.
- Un sentimiento de renovación o regeneración, como si dentro de nosotros tuviera lugar el nacimiento de un nuevo ser.
- Un sentimiento de resurrección, de regresar a un estado anterior perdido y olvidado. Y finalmente, una sensación de liberación interna".

Maslow identificó 14 características que denominó "valores de la conciencia del ser". Los consideró como aspectos del ser, más que partes de éste:

"Un sentimiento de plenitud, de integración, de totalidad; sentimiento de perfección, completitud, de vitalidad e intensidad de la vida; sentido de la belleza, conciencia de la bondad, ausencia de esfuerzo, espontaneidad, alegría, jocosidad, humor; sentido de la verdad o la realidad de la experiencia".

Assagioli resume los cinco motivos por los que las personas buscan tener contacto con “la afluencia de elementos superiores en el campo de la conciencia”:

- “Una inequívoca afirmación del poder individual, mediante la superación de dificultades extremas no exentas de graves peligros, ejemplificada por la pasión por el alpinismo.
- El ansia por adquirir poderes mágicos o superiores a los normales. Se trata de un móvil puramente egoísta, aunque a veces pueda ocultarse bajo apariencias pseudo-espirituales.
- El impulso por explorar lo nuevo o la búsqueda de experiencias distintas a las habituales; la fascinación por lo desconocido y extraordinario.
- La atracción por la aventura, la dificultad y el riesgo en sí mismos. Un fenómeno reciente es el del “navegante solitario” que atraviesa los océanos en una frágil barca.
- La fascinación por algo realmente superior, que posee un valor más alto y una naturaleza genuinamente espiritual: “Las cumbres a nuestro alrededor son los altares donde se van a realizar los ritos místicos, a veces terribles, lejos de la vista de otros hombres, pues es así como se lleva a cabo el rito más terrible y el más santo”.

Assagioli afirma que el desarrollo espiritual es una ardua y larga aventura, no exenta de dificultades y peligros. Durante este proceso, las personas pueden sufrir un desequilibrio. Según Maslow, esto puede deberse a la ansiedad generada por la experiencia y a la necesidad de combatirla.

Para retomar este punto, la psicóloga M. W. Heery (1989), de California, realizó un extenso estudio entre un grupo de 30 personas que escuchaban voces, buscando posibles explicaciones a las voces en relación con el desarrollo personal del paciente. Distinguió tres categorías de experiencias:

- “Aquellas que revelan aspectos fragmentados del ‘self’.
- Aquellas en las que hay un diálogo que sirve de orientación para el crecimiento personal.
- Aquellas que abren canales hacia y más allá de un ser superior”.

Estos hallazgos hablan de un proceso didáctico en marcha, en el que la voz interna es el guía.

En su estudio sobre personajes religiosos que escuchaban voces interiores, A. Alschuler (1987) también postula la presencia de un currículum interno:

- “En primer lugar, el contacto con la voz interior cuestiona las certezas del individuo sobre la realidad.
- A continuación, el individuo atraviesa un proceso de instrucción intensiva, que puede conllevar períodos de aislamiento.
- Por último, el currículum culmina en un estado de unión caracterizado por una fuerte identificación con ‘el otro mundo’, un viaje a los cielos y los infiernos y un matrimonio espiritual con el maestro interior”.

En la Psiquiatría tradicional, la experiencia de los diferentes niveles de conciencia es tratada, por regla general, como una enfermedad. Se emplea la medicación y no se plantea la existencia de una realidad alternativa. La psicología transpersonal, sin embargo, la considera una crisis espiritual que debe ser enfocada desde un ángulo completamente diferente.

Grof (1989) hace un conjunto de propuestas:

- “Las experiencias deben situarse en un contexto positivo. La escucha de voces no es una enfermedad, sino una etapa de un proceso de desarrollo.
- Las personas deben recibir formación sobre el proceso que están experimentando y debe prestarse atención a los aspectos curativos de las crisis.
- Deben proporcionarse lecturas relativas a este proceso.
- Deben ofrecerse oportunidades para que las personas puedan comunicarse con otras que entiendan esta experiencia y que, preferiblemente, hayan superado una crisis similar.
- Debe brindarse apoyo a la red formada por los miembros de la familia y los amigos del paciente. A su vez, éstos pueden dar apoyo a personas que están en circunstancias similares”.

### *Resumen*

La psicología transpersonal reconoce la existencia de niveles de conciencia diferentes que se comunican entre sí. Con frecuencia, los místicos des-

criben esta negociación entre los diferentes niveles. Visto desde un nivel más alto, los problemas y las preguntas adquieren una dimensión diferente. Esta experiencia puede ser tan intensa que las personas pueden llegar a perder su equilibrio psicológico y precipitarse en una crisis o bien en un nivel superior de conciencia que alterará su perspectiva de la vida para siempre.

¿Qué nos aporta la perspectiva transpersonal sobre la ayuda a las personas para afrontar sus voces?

- Acepta la escucha de voces y presta atención al contenido.
- Interpreta las voces como un medio de comunicación entre diferentes niveles de conciencia.
- Considera las voces como una posible búsqueda de realización personal.
- Plantea que la escucha de voces puede indicar una crisis transitoria en el desarrollo personal.
- Relaciona los comentarios de las voces con las áreas problemáticas en la vida de la persona.

### *Enfoques metafísicos*

En el transcurso de muchas entrevistas, algunas personas nos contaron que creían que sus voces eran entidades extraterrestres, criaturas de otra dimensión o personas que estaban muertas. Aunque esto sea aceptable en el ámbito de la ciencia-ficción, puede ser realmente difícil de concebir en la vida real. La investigación en el área aún es incierta y adoptar tal premisa resultaría completamente opuesto a la formación de los terapeutas.

La geriatra I. J. M. Elfferich describió<sup>10</sup> los motivos por los que se interesó en el área:

“Todo comenzó cuando estaba en la universidad, haciendo una investigación sobre la forma en que las personas que habían sufrido graves pérdidas personales se las arreglaban para darle un nuevo sentido a sus vidas. Los que habían tenido más éxito en esto parecían ser personas que, tal y como ellos lo definían, habían logrado contactar con algo superior. Fue sorprendente ver lo fácil que resultaba para estas perso-

---

10 Elfferich en Romme y Escher (1993), *ibid.*, pp. 99-106.

nas arreglárselas con sus problemas tras haber vivido lo que podría denominarse una experiencia trascendental.

También tuve el privilegio de trabajar asesorando a pacientes terminales. Esto me permitió descubrir que, por lo general, lo que se ha dado en llamar experiencias cercanas a la muerte, suele tener un efecto tranquilizador y facilita el tránsito de la vida a la muerte. Algunas de estas personas me contaron que escuchaban voces. Usualmente, reconocían la voz como la de alguien que había muerto antes que ellos, alguien que habían conocido y amado ... Las voces les transmitían mensajes concretos y sensatos que a veces incorporaban información nueva ...

Estas experiencias me llevaron a buscar un marco de referencia que le hiciera más justicia a quienes escuchan voces ... que la psicología ortodoxa. A medida que fui conociendo a estas personas y estudiando estos temas, me hice más consciente de que nuestra visión convencional del mundo y de las personas es simplemente muy limitada”.

Ahora Elfferich adopta un enfoque metafísico:

“La hipótesis metafísica implica una realidad compuesta por varias dimensiones de tiempo y espacio interconectadas que no son susceptibles de ser “aprehendidas” a través de nuestros cinco sentidos normales, cotidianos”.

Esta autora tiene también otra hipótesis, basada en el trabajo de Poortman, un filósofo holandés. Este autor sugirió que nuestra mente e espíritu quizás tenga su propia energía y, en cierto modo, una dimensión física. De ser así, puede haber planos y dimensiones de existencia que rodean, penetran e influyen en nuestras vidas de formas que aún no podemos comprender. En este sentido, podemos comunicarnos no sólo con los vivos sino también con los muertos, que pueden existir en otra dimensión. La escucha de voces puede así entenderse como una forma de comunicación entre diferentes planos de la realidad, tal y como los clarividentes afirman percibir.

Se ha sugerido que el trauma emocional puede romper los límites ordinarios, permitiendo que las voces de otra dimensión invadan a una persona. Esta es la visión promovida por la Asociación Holandesa de Curación Natural (Dutch Association of Natural Healing). Es bien sabido que las personas que sufren una grave pérdida como la muerte de la pare-

ja o de un hijo, afirman haber escuchado su voz poco después. Esto es muy normal; lleva tiempo separarse de un ser querido, y usualmente la voz desaparece después de unos meses. Escuchar su voz forma parte del proceso del duelo. En ciertas culturas africanas se cree que los espíritus de los muertos permanecen en la tierra durante un tiempo y hay muchos rituales para regular esto. En las culturas occidentales, suele haber servicios religiosos en memoria de los fallecidos.

Algunas personas que escuchan voces trabajan como médiums. Jane Roberts y Eva Pierrakos son médiums muy conocidas en Estados Unidos, que han recibido mensajes para transmitir a otras personas. Iniciaron un programa de educación para el desarrollo de la conciencia superior que se imparte en centros especiales como el Seth Centre (Jane Roberts) y Pathwork School (Eva Pierrakos), ambos situados en Holanda. Se verbalizan los mensajes recibidos con el fin de promover la búsqueda interior y el desarrollo personal.

### *Estudio de un caso*

Una mujer de 48 años describió en *Accepting Voices* (Romme y Escher, 1993) la forma en que se hizo médium. Tuvo su primera alucinación visual durante la enfermedad terminal de su hijo, cuando vio que la muerte se aproximaba a él. Después de la muerte de su hijo, comenzó a escuchar su voz que le enviaba mensajes. Describe esto como un proceso educativo:

“Para mi gran sorpresa, empecé a recibir mensajes de otro mundo en el que mi hijo vive ahora”.

El camino que tomó esta mujer fue un largo y difícil proceso de estudio y desarrollo personal:

“Aprendí a sellar mi aura de modo que sólo las entidades superiores puedan contactar conmigo y no quedar así a merced de las influencias inferiores, menos espiritualizadas, que tienen sus propias necesidades y demandas espirituales y, por tanto, no tienen una comprensión u orientación que ofrecer”.

Aquí vemos un ejemplo de una mujer que se las ha arreglado para superar su pérdida, desarrollando las habilidades de médium. Como consecuencia, su vida ha adquirido una nueva perspectiva.

### *Estudio de un caso*

Otro ejemplo es el de un miembro de nuestro grupo de pacientes, una mujer de 51 años cuyo hijo se ahorcó tras varias peleas terribles con su padre. La madre y el hijo tenían una relación muy estrecha. Ella comenzó a escuchar su voz que la invitaba a reunirse con él. La terapia la ayudó a hablar de esto con su marido y con su familia, pero esto no contribuyó a cambiar su actitud.

En estos dos casos, la escucha de voces era un aspecto del proceso natural del duelo. No obstante, la diferencia en la forma en que ambas mujeres afrontaron la pérdida dependió del impacto que tuvo en sus vidas y de su capacidad para hallar un nuevo significado.

### *Resumen*

Un enfoque metafísico tiene una amplia base filosófica que puede aceptar fenómenos tales como la escucha de voces, que no encajan en nuestra comprensión del tiempo y el espacio. Esto ofrece a las personas la posibilidad de asumir una pérdida grave, utilizándola como un medio hacia el desarrollo personal y de una conciencia superior, por lo general, al servicio de otras personas. Esto es común en las culturas africana y asiática, en las que escuchar voces puede llevar a las personas a convertirse en sanadores (Jong, 1987). En Occidente, esto no es tan aceptado socialmente y ocurre con menos frecuencia.

La metafísica integra la escisión entre el bien y el mal, y ofrece el contexto y los medios para construir una protección contra las experiencias no deseadas. Las personas que escuchan voces y no se han convertido en pacientes psiquiátricos consideran que la autoaceptación es la clave para mantener el equilibrio mental y constituye la mejor protección contra las entidades o energías negativas.

El enfoque metafísico propone los conceptos y estrategias siguientes para ayudar a las personas que escuchan voces:

- Las voces pueden ser un mensaje/comunicación proveniente de personas fallecidas.
- Las voces pueden tener poderes positivos y negativos.
- El sentido de su propio poder espiritual puede ayudar a las personas a afrontar las pérdidas afectivas.

- Desarrollar los propios recursos mentales puede contrarrestar las voces negativas.
- La identificación positiva con las voces puede brindar una nueva perspectiva en la vida.

### *La reencarnación*

La idea básica que subyace a la idea de la reencarnación es que todos los seres humanos están animados por un espíritu que habita el cuerpo. Cuando el cuerpo muere, el espíritu regresa a un lugar especial en el que espera hasta que encarna en un nuevo cuerpo. Un alma individual puede, por tanto, acumular muchos recuerdos de vidas pasadas. La idea es que esto puede llegar a ser intolerable cuando los traumas no procesados de una vida anterior influyen en el presente. Pero las vidas pasadas también pueden ser una fuente de sabiduría.

### *Historia de un caso*

Una mujer de 29 años me pidió (Marius Romme) que escribiera una introducción para su libro. El libro abarcaba un largo período de su vida durante el cual se había sentido perseguida por tres voces, una época desastrosa para ella. Tenía que obedecer órdenes e incluso intentó cortarse la cara con un cuchillo. Estuvo hospitalizada muchos años. Empezó a pensar que la psiquiatría no podía hacer nada por ella y alguien le recomendó a una terapeuta alternativa que practicaba la terapia de vidas pasadas.

Después de leer su libro, sostuve una larga conversación con la autora y con su terapeuta. Me explicaron que la terapia le dio a esta mujer la oportunidad de poner fin a una relación negativa con sus voces. La terapeuta condujo una regresión a una vida pasada, en la que la paciente conoció a las voces personalmente. La voz más agresiva y la última en desaparecer pertenecía a alguien que había sido un amigo cercano. Una seria desavenencia transformó la amistad en odio, pero ella desconocía los orígenes de esto. Este antiguo amigo juró en su lecho de muerte que se vengaría. En las sesiones siguientes, la paciente descubrió la causa del conflicto. Ambas partes comprendieron el punto de vista de la otra y se reconciliaron. Pudieron entonces despedirse y seguir su camino. En ese momento, las voces desaparecieron.

Me pareció obvio que esta mujer había tenido todos los síntomas y las consecuencias de un trauma severo en su juventud, si bien en su libro no mencionaba nada al respecto. Durante una de nuestras conversaciones me contó un trauma relacionado con una gran carga emocional negativa del que no había hablado en el libro. En mi opinión, la terapia le facilitó la comprensión de estas emociones y le aportó una nueva solución al conflicto subyacente (véase también la sección sobre la terapia de vidas pasadas en la p. 173).

### *La parapsicología*

La parapsicología se dedica al estudio de las percepciones extrasensoriales y paranormales, es decir, las percepciones externas a nuestra esfera perceptiva normal, más allá de nuestros cinco sentidos físicos. De acuerdo con D. Bosga<sup>11</sup>, por lo general, éstas se dividen en dos grupos: la telepatía y la clarividencia. La telepatía significa adivinar lo que está en la mente de otra persona o de un animal. Los mensajes telepáticos pueden recorrer largas distancias. La clarividencia es similar pero se refiere a hechos, presentes o pasados y a veces al futuro. Ambas están tan estrechamente relacionadas que, con frecuencia, es imposible diferenciarlas. Habitualmente nos referimos colectivamente a tales percepciones como ESP (Percepciones Extrasensoriales, de las siglas en inglés: Extrasensory Perceptions).

La información paranormal puede ser transformada automáticamente en diferentes formas de percepciones sensoriales, entre ellas:

- Clariaudiencia: Una voz interior comunica un mensaje referente a la realidad.
- Clarividencia: Es la modalidad más conocida y se trata de una percepción visual.
- Gusto paranormal: Un sabor relacionado con un hecho o una emoción.
- Sensación paranormal: una sensación corporal.
- Olfato paranormal: un repentino olor relacionado con un animal, una persona o un hecho.
- Conocimiento paranormal: un mensaje penetra la conciencia de algún modo, pero no se transforma en una impresión sensorial. En

---

<sup>11</sup> Esta explicación está basada en el capítulo de D. Bosga, Director del Instituto de Parapsicología, Utrecht, en Romme y Escher (1993), *ibíd.*, pp. 106-112.

lugar de esto, el receptor puede experimentar un sentimiento repentinamente, sin saber su significado o sentir que algo está sucediendo.

La investigación sobre la clariaudiencia (Schmeidler, 1988) ha demostrado que ciertas condiciones inducen las ESP. Las experiencias espontáneas tienen más probabilidades de ocurrir durante los estados alterados de conciencia, tales como la hipnosis, los sueños, la relajación profunda o el estrés extremo. También es común entre las personas con una vinculación afectiva estrecha como la pareja, los familiares, así como entre los terapeutas y sus pacientes (Schwartz, 1980; Bruijn, 1993). Es especialmente frecuente en los niños y otros individuos que aún no han desarrollado una identidad estable (Spinelli, 1987).

Las personas que escuchan voces y que tienen experiencias telepáticas con frecuencia, pueden intentar verificarlas con la persona cuya voz han escuchado. Si los amigos y los familiares son conscientes de la posibilidad de que esto suceda, comprenderán mejor su conducta.

### *Estudio de un caso*

Una mujer de 36 años nos contó que había comenzado a escuchar la voz de su novio que la reñía. Cuando le preguntó al respecto, él lo negó. Como consecuencia, ella empezó a reflexionar acerca de su relación y llegó a la comprensión de su propia ambivalencia. Cada vez que se sentía feliz, arruinaba la situación porque temía a su propia felicidad.

### *Historia de un caso*

Una mujer de 25 años comenzó a escuchar voces durante un período muy estresante de su vida y tuvo que abandonar la universidad. La relación con su novio, con el cual había vivido durante cuatro años, se tornó insostenible. Criticaba todo lo que ella hacía. Ella temía que si terminaba esta relación, no lograría tener otra y entonces nunca tendría hijos. Se enfrentaba a una perspectiva terrible: sin universidad, sin carrera, sin relación de pareja y sin hijos. Se sentía desanimada y recelosa, empezó a tener problemas de concentración y a creer que podía hacer que su novio y otras personas hicieran lo que ella deseaba de forma telepática. Comenzó a experimentar y empezó a escuchar las voces de sus vecinos hablando sobre ella.

Estuvo ingresada en el hospital y cuando le dieron el alta, continuó su vida sin su novio. Encontró un empleo, siguió frecuentando a sus otros amigos y se sintió bien durante unos cinco años. Entonces se enamoró de otro hombre y empezó a creer que podía establecer contacto telepático con él. A pesar de que sus sentimientos no eran correspondidos, ella persistía en esta creencia y se las arreglaba para justificar la conducta de este hombre; ninguna montaña era suficientemente alta, ni ningún océano demasiado profundo. Comenzó a escuchar voces y volvió a ser ingresada en el hospital.

Ahora, cinco años después, tiene una vida razonablemente estable y tanto ella como su familia aceptan las voces. Continúa con una dosis baja de la medicación. La paciente comenta:

“La telepatía es la explicación más adecuada y también la única con la que puedo vivir. Tengo contacto telepático con los vivos y los muertos. A veces escucho la voz de mi abuela, con el mismo sentido del humor que tenía cuando estaba viva. A veces las voces me dan consejos, pero no siempre tienen la razón”.

### *Resumen*

Las experiencias telepáticas pueden entenderse a través de sus fuertes similitudes con la experiencia de escuchar voces:

- Comunicación diferente a la recibida a través de los cinco sentidos
- Estados alterados de conciencia.
- El estrés extremo desencadena las voces.
- Las voces suelen estar conectadas con una persona con la que el paciente tiene una relación emocional.
- Por lo general, el contenido está relacionado con los problemas que alteran el equilibrio emocional de la persona.

Cuando las personas que escuchan voces cuentan la historia de su experiencia, suelen incluir elementos telepáticos. La telepatía reconoce las influencias externas. Las personas tienen que aprender a afrontar esto a su manera. Deben aprender a poner límites; a seleccionar qué partes son atemorizantes y peligrosas y qué partes tienen sentido, encajan en sus vidas y podrían serles útiles. Un paso importante es el aceptar que no todo es realmente un contacto telepático. Las intervenciones cognitivas, tales como la focalización y el establecimiento de límites, pueden ser

eficaces para reducir la ansiedad producida por las voces así como también para recuperar un mayor control en sus vidas.

### *Conclusión*

En los capítulos anteriores hemos analizado las explicaciones patológicas de las voces. En este capítulo hemos ilustrado una perspectiva alternativa: las teorías personales y culturales que las personas que escuchan voces adoptan para explicar su experiencia.

Hemos aprendido de muchas figuras históricas o literarias que confirman que, a lo largo de los siglos, siempre ha habido personas que escuchan voces. La interpretación de esta experiencia ha variado en función del marco cultural prevaleciente en cada época. En la Edad Media, la escucha de voces era asunto de la Iglesia Católica. Debido a los cambios en la estructura de la cultura y la sociedad, la escucha de voces ha pasado a ser competencia del sistema sanitario. En lugar de ser quemadas en la hoguera o declaradas santas por orden de la Sagrada Iglesia, las personas que escuchan voces han sido tratadas como enfermas que necesitaban tratamiento médico. No obstante, en el curso de nuestra investigación, encontramos personas que nunca han requerido asistencia psiquiátrica. La idea de que la escucha de voces es sólo un síntoma de una enfermedad reduce demasiado la perspectiva y, de hecho, puede ser perjudicial para estas personas.

En este capítulo, hemos tratado de explicar el enorme provecho que estas personas obtienen de sus propios marcos de referencia. En primer lugar, estas teorías están asociadas a conceptos que son generalmente aceptados por la sociedad: la religión, la reencarnación, la telepatía y las experiencias místicas. También están relacionadas con ciencias como la parapsicología y la psicología transpersonal que son las "hijastras" de la psiquiatría y la psicología tradicionales.

En segundo lugar, estos marcos de referencia tienen un gran potencial terapéutico para ayudar a las personas a afrontar las voces. Prestan la debida atención al valor emocional de las experiencias. Por tanto, el diálogo se orienta a ayudar a las personas a minimizar la interrupción de las voces en su vida cotidiana. Creencias como las relacionadas con la psicología transpersonal y la reencarnación (véanse p. 155 y 163) también pueden darle una connotación muy positiva a la experiencia de la escucha de voces.

Por último, las personas sienten que no están solas y que pueden hablar con otros que compartan la misma creencia. Una estructura de tipo religioso también permite limitar la experiencia a un momento y un lugar apropiado y evita así que ocupe las 24 horas del día.

Nuestra conclusión es que aceptar la experiencia y el sistema de creencias es una condición necesaria para una terapia eficaz. Un terapeuta profesional debería reconocer que esto cumple una función protectora y que puede ofrecer una compensación al paciente para algo que de otro modo, es difícil de comprender. Cualquier sistema de creencias, incluido el del terapeuta, opera en la misma forma al aceptar las experiencias y contextualizarlas en un marco de referencia particular.

Esto también significa respetar el lenguaje que los pacientes emplean para comunicar sus experiencias, como plantea Kleinman (1988):

“Cuando hablamos de curar a las personas y reducimos esto al lenguaje de la biología o de la conducta, algo a lo que los investigadores en el área de la psiquiatría y la psicología están acostumbrados, estamos excluyendo el lenguaje de las personas que lo experimentan, aunque consideremos que el lenguaje de la experiencia es un aspecto muy importante de la cura”.

### Terapias alternativas

**E**s poco habitual incluir un capítulo sobre terapias alternativas en un libro dirigido a los profesionales de la salud mental. En la formación se presta muy poca atención a estas terapias y muchos, si no la vasta mayoría de los profesionales, tienen una opinión desfavorable sobre ellas. Por otra parte, hay muchas personas que creen que los servicios alternativos de salud mental son realmente útiles. El inconveniente de esta falta de reconocimiento es que los profesionales de la salud continúan ignorando estos métodos y esto imposibilita la colaboración mutua. En consecuencia, los pacientes que buscan ayuda no se sienten capaces de hablar con libertad a ambos sectores cuando desean comparar lo que le ofrecen unos y otros

La solución es que los profesionales estén abiertos al deseo del paciente de buscar terapias alternativas y contactar con estos otros profesionales con el fin de diferenciar sus respectivos roles. De este modo, es posible indagar sobre la base teórica de la terapia en cuestión, la metodología de trabajo, la naturaleza de dicha metodología, el tipo de formación recibida y la institución que la imparte. Es importante también averiguar qué experiencia previa tienen estos profesionales en el trabajo con personas

que escuchan voces. De este modo, se evita llegar a una conclusión basada en los prejuicios y, a través de este contacto, se pueden tomar decisiones relativas a una posible colaboración.

En nuestra experiencia, hay muchos terapeutas con una formación reputada en su área que tienen una base teórica sólida, con independencia de lo poco familiarizados que estemos con ésta, que trabajan con integridad y que están respaldados por una asociación profesional. Pero esto no significa que todos esos terapeutas tengan conocimientos y experiencia en la escucha de voces y que sepan cómo ayudar a las personas que sufren esta experiencia. Por este motivo, en colaboración con la red holandesa de personas que escuchan voces, hemos decidido crear varios grupos de trabajo con terapeutas convencionales y alternativos que puedan reunirse para debatir sobre el tema. Sólo invitamos a terapeutas recomendados por personas que escuchan voces y que han obtenido resultados satisfactorios en sus terapias. Esto ha permitido una colaboración cotidiana potencialmente fructífera. Logramos así romper el tabú de una forma responsable que ha dado buenos resultados.

Le pedimos a uno de los miembros de los grupos de trabajo, Frans Franzen, que escribiera el resto de este capítulo. Incluye una descripción resumida de cada uno de los enfoques alternativos y una explicación en mayor profundidad de la terapia regresiva<sup>12</sup>, con un breve extracto de una sesión. Esto demuestra las diferencias y las semejanzas entre estas terapias alternativas y las terapias más convencionales.

### *Resumen de los enfoques alternativos, por Frans Franzen*

En nuestra sociedad, el médico es responsable del cuerpo, el psicoterapeuta y el psiquiatra se encargan de la mente y el sacerdote, del espíritu. Los enfoques alternativos plantean la unidad cuerpo-mente, tradicionalmente dissociada y tratada por separado. El bienestar físico puede ser influido por la psicoterapia y, a la inversa, el bienestar mental puede mejorar con hábitos alimenticios sanos, complementos alimenticios y medicinas naturales. Existe un consenso sobre este aspecto en el ámbito de las terapias alternativas. Un sector de los terapeutas alternativos incorpora incluso los aspectos espirituales en el tratamiento.

---

<sup>12</sup> La asociación holandesa de terapia regresiva/de vidas pasadas dirige investigaciones nacionales sobre la terapia regresiva para personas que escuchan voces, y por tanto, dispone de una mayor experiencia en esta área que otras organizaciones.

Cuando se habla de métodos de tratamiento alternativos, se tiende a mezclar los diferentes métodos, pero en realidad se dividen en cuatro grupos:

### ***Grupo 1***

Son las terapias basadas en las ciencias naturales. Suelen ser tratamientos dinámicos, en los que se promueve la interacción entre el paciente y el terapeuta.

#### ***Tratamientos físicos***

Fitoterapia (uso de plantas medicinales, herboristería), medicina ortomolecular (nutrición), quiropráctica (columna vertebral, esqueleto y postura) y otras terapias que tratan la función locomotora.

#### ***Tratamientos psicológicos***

Programación neurolingüística (PNL), arte-terapia, terapias corporales (p. ej., bioenergética y haptonomía), hipnosis.

### ***Grupo 2***

Atribuyen una dimensión material e inmaterial a las sustancias y a las plantas. Un ejemplo de esto es el principio de la dilución en homeopatía. Aunque no queda una presencia activa en el remedio, la idea es que la información contenida en la sustancia o planta original es transmitida a un medio, el agua, y de ahí, al cuerpo. En la medicina natural, la premisa básica es que la potencia terapéutica no está tanto en las sustancias mismas sino, por llamarlo de alguna manera, en su forma o patrón interno o en su poder activo, en otras palabras, en su esencia natural. Estas terapias también tratan el funcionamiento psicológico. El rol del paciente es relativamente pasivo, siendo el terapeuta el que hace las preguntas y elige un remedio. La mejoría tiene lugar posteriormente, fuera de la consulta.

El tratamiento puede emplear:

- Plantas medicinales.
- Remedios homeopáticos.
- Aceites esenciales (Aromaterapia).

- Esencias florales de Bach.
- Cristales.

### *Grupo 3*

Parten de la premisa según la cual cada uno de nosotros tiene un cuerpo energético al cual podemos acceder (el aura, a lo largo de la cual se distribuyen los centros energéticos, denominados chakras) y que abarca cierto espacio alrededor del cuerpo físico. La psique no se considera localizada dentro del cuerpo sino que sería más o menos análoga a esta energía. La enfermedad se interpreta como una alteración del equilibrio entre estos centros energéticos, que afecta al organismo y a nuestro bienestar.

La psique puede ser influida directamente a través del tratamiento de estas energías. Muchos pacientes experimentan un efecto inmediato y esto les da confianza sobre la dirección del tratamiento y la posibilidad de la cura. Es importante acotar que, por regla general, los pacientes son receptores pasivos del tratamiento. Esto es especialmente beneficioso para las personas que tienen miedo a fracasar, que creen carecer de la habilidad o la voluntad para curarse, o que son incapaces de hablar de sus sentimientos.

El tratamiento consiste en la manipulación de los centros energéticos a través de:

- Magnetoterapia.
- Acupuntura.
- Shiatsu.
- Tai Chi, etc.

### *Grupo 4*

Engloba todos los principios de los Grupos 2 y 3, pero va más allá al afirmar que las personas son seres espirituales que habitan en una realidad compuesta de diferentes estratos de conciencia y dimensiones no materiales. El objetivo es integrar la faceta espiritual de la existencia a través de métodos "espirituales" de tratamiento y terapias.

La enfermedad se concibe como una oportunidad para aprender. Desarrollar un nivel superior de conciencia y asumir la responsabilidad por la propia vida, son dos metas especialmente valoradas. Durante las

entrevistas, las personas profundizan en su vida personal. Algunos terapeutas solicitan la orientación proveniente de otras dimensiones o tienen una voz que les guía en el diagnóstico.

Entre los tratamientos y terapias se encuentran los métodos paranormales y espirituales, tales como:

- Renacimiento.
- Chamanismo.
- Winti.
- Enfoques antroposóficos.
- Sanación.
- Terapia regresiva / de vidas pasadas.

### *Terminología*

En el campo de las terapias alternativas, hay una plétora de términos nuevos. Esto se debe a dos razones. En primer lugar, cada nuevo enfoque necesita una denominación (p. ej., terapia de bio-resonancia). En segundo lugar, a medida que las terapias se combinan entre sí y los terapeutas reciben formación adicional, el término original pierde validez. La desventaja de esto es que los “profanos” en la materia ignoran lo que estos términos denotan.

### *Terapia de vidas pasadas (T.V.P.)*

Los términos terapia regresiva y de vidas pasadas tienden a emplearse de forma indistinta. De hecho, el término regresión alude a la técnica utilizada y no implica necesariamente la creencia en vidas pasadas. La terapia de vidas pasadas utiliza la regresión, pero parte de la premisa según la cual la influencia de vidas anteriores es lo que subyace a los problemas del presente. Otros terapeutas que emplean la regresión consideran que el material que emerge en las sesiones refleja los problemas de sus pacientes (en forma de proyección, simbolismo o dramatización), o que es una forma de escape. Por el contrario, los terapeutas de vidas pasadas consideran que en este material reside la causa del problema.

En un nivel más práctico, hay un conjunto de técnicas para explorar la forma en que las personas afrontan sus experiencias. Una forma de hacerlo consiste en analizar el papel de la mente consciente en la creación de

los problemas. Otra técnica consiste en observar los errores en la forma de percibir e interpretar lo que sucede. Una tercera opción es definir estrategias para evitar los problemas. En conjunto, estas técnicas constituyen los enfoques cognitivo-conductuales.

Por lo general, el terapeuta comienza analizando las causas del problema de la persona y termina explorando su pasado. Cuando una persona teme o rechaza sus recuerdos, éstos tienden a ser reprimidos. Se han desarrollado varias técnicas para recuperar los recuerdos reprimidos, una de las cuales es la regresión. Durante la regresión, como en los sueños aparece toda clase de material psicológico en forma de leyendas, símbolos y metáforas. La persona puede sentir que esta información no proviene de sí misma. Este material, denominado transpersonal, no está directamente relacionado con la vida de la persona; va "más allá de lo personal". Carl Jung llegó a la conclusión de que estas imágenes y símbolos pertenecen a todas las culturas, de ahí que planteó que tenemos un inconsciente personal y un inconsciente colectivo. En la terapia de vidas pasadas se considera que estos fenómenos transpersonales no están relacionados únicamente con el inconsciente colectivo, sino que reflejan las vidas anteriores del paciente.

### *Ejemplo de una sesión*

Hay un conjunto de técnicas para ayudar a las personas a acceder a sus vidas pasadas pero, en general, se puede comenzar la sesión tratando de intensificar los síntomas relacionados con el problema, enfocando los aspectos físicos, mentales y emocionales. El terapeuta puede preguntar al paciente:

"¿Qué emociones entran en juego en este problema?"

"¿En qué parte del cuerpo las siente?"

"¿Qué siente exactamente, una presión, punzadas, agitación, inquietud o tensión, como si algo estuviera tratando de salir o tirara de Vd.?"

"¿Qué pensamientos o frases le vienen a la mente?"

"Repítalas en voz alta".

"Cuando las emociones se hacen más intensas, ¿hay alguna frase que lo refleje?"

Al hacer este tipo de focalización, el paciente puede entrar en un trance ligero. El próximo paso es hacerle comprender que está “reviviendo” una situación que le ha ocurrido en el pasado. El terapeuta le pide al paciente que describa los detalles de la situación: el lugar, las personas, etc. Una vez logrado esto, se pueden formular las siguientes preguntas:

“¿Cuál es la situación?”

“¿Cómo llegó a esta situación?”

“¿Cómo terminó?”

Entonces es posible establecer los efectos psicológicos al explorar: ¿A qué conclusión llegó el paciente a partir de esa experiencia? ¿Qué decisiones tomó? ¿Qué sentimientos reprimió? ¿Qué aspectos no desea afrontar?

Una vez que el paciente ha comprendido los orígenes del problema y ha liberado la tensión emocional reprimida asociada a éste, debería hacerse evidente la forma en que todo esto se relaciona con sus problemas actuales. Y lo que es más, los errores del pasado pueden rectificarse. Una vez determinada la relación entre el síntoma y la situación original, los problemas del paciente se resolverán o habrá encontrado una base sólida para cambiar las conductas y las respuestas emocionales más arraigadas, condicionadas por dicha experiencia.

### *Técnicas para silenciar las voces temporalmente*

En ocasiones, las voces son tan dominantes durante la terapia que resulta imposible trabajar. Si, por ejemplo, la voz insiste en llamar “estúpido” al paciente, esto puede resultarle difícil de ignorar, aunque racionalmente sepa que no es cierto. Dado que el paciente no puede verse a sí mismo como una persona inteligente e independiente, el encuentro terapéutico puede fracasar a menos que se haga desaparecer a las voces de una de las formas siguientes:

#### *Técnica 1*

El terapeuta guía verbalmente al paciente a través de la secuencia siguiente:

“Imagínese a una persona que corresponda a las características de la voz –su aura, su actitud, su estado de ánimo, su ropa, su color de pelo,

su sexo, el color de su piel, etc. Imagine que habla con Vd. como si fuera una mujer. Escuche el sonido de la voz proviniera de esa persona. Ahora, tome conciencia de que lo que esa persona le está diciendo es producto de su estado de ánimo y piense que ella puede mantener esa opinión, pero que Vd. no tiene que estar de acuerdo con eso.

Trate de visualizar a esa persona como si estuviera riñendo a un desconocido. Tome distancia de ella; en su imaginación, dé un paso atrás y note que, a medida que se va distanciando, el sonido de la voz va disminuyendo cada vez más. La persona se aleja más y más, hasta hacerse casi invisible y el sonido se va extinguiendo. Tome conciencia del silencio a la vez que dirige de nuevo su atención hacia sí mismo lejos del punto en el que la persona desapareció”.

Al final de esta secuencia, permita que el paciente disfrute del silencio por un momento, antes de iniciar la terapia. Si el sentido de sí mismo del paciente está muy comprometido, no podrá emplear la imaginación de este modo y seguir una secuencia de visualización.

## ***Técnica 2***

Siéntese cerca del paciente, preferiblemente en sentido opuesto a la dirección de la cual proviene la voz. Comience pidiéndole que le cuente literalmente lo que le dice la voz. Cada vez que el paciente diga algo pregúntele primero si es algo que ha escuchado y, a continuación, si está de acuerdo con ello. Por último, pregúntele si quiere obedecer a la voz. Pregúntele si todo le ha quedado claro y qué piensa de ello. Pase a la siguiente frase. Repita el mismo procedimiento, aunque el paciente diga que la voz simplemente está repitiendo lo mismo una y otra vez. Mantenga esta pauta durante cinco o diez minutos. Usualmente, la voz se hace más débil a medida que transcurre el tiempo y finalmente se detiene. Permita que el paciente disfrute del silencio por un momento antes de proseguir con la sesión.

## ***Técnica 3***

Pídale al paciente que imagine que su cabeza es una habitación y que está de pie en la entrada. Haga que el paciente describa en qué estado se encuentra la habitación (p. ej., oscura, roja, sucia, ordenada y pulcra, llena de odio, terriblemente ruidosa, totalmente desordenada, infernal, etc.

Pregúntele qué se podría hacer para transformarla (p. ej., limpiarla con una manguera, poner un desagüe, abrir las ventanas, rociar detergente. Cualquier cosa vale). Pregúntele si sería capaz de hacerlo por sí mismo. Si no puede, ¿quién podría hacerlo, sus padres, un amigo, Dios, un ángel guardián, las autoridades sanitarias, los bomberos, etc.? Es preferible que el paciente lo haga por sí mismo. Sugíerale que observe cómo sucede esto, visualizando cómo la suciedad y el desorden se van por el desagüe, se evaporan o lo que sea, y que note cómo la habitación se va tornando más clara y tranquila. Cuando la habitación esté lista, en silencio y limpia, sugíerale que entre y que experimente la sensación de luz y espacio, permitiendo que fluya por todo su cuerpo. Que tome conciencia de cómo siente su cuerpo, que afloje todas las tensiones musculares y se relaje. Entonces la terapia puede comenzar.

### *Desafiar el punto de vista del paciente*

Los pacientes suelen creer que sus problemas pertenecen a un tipo de categoría, cuando en realidad corresponden a otra. Las posibles categorías, en orden ascendente de importancia, son:

- El contexto (“Se debe a...”)
- La propia conducta (“No sé cómo hacer...”)
- La propia habilidad (“No soy capaz de...”)
- La convicción (conectar temas que no se relacionan entre sí)
- La propia naturaleza (“Yo soy...”)
- La visión del mundo (convicción acerca del funcionamiento del mundo y sobre su lugar en él)

El siguiente extracto de una sesión ilustra cómo funciona esto. Indicamos entre paréntesis la categoría correspondiente. La paciente escucha dos voces: una pertenece a su padre muerto que sólo dice “Ven a mí”, y la otra suena como su propia voz, que está llena de odio.

### *Ejemplo de sesión*

(La primera intervención corresponde al terapeuta).

T: “¿Por qué cree que está tan deprimida?”

P: “Debido a las voces”. (*Contexto*).

T: "¿Y qué le dicen las voces?"

P: "Dicen que soy una vaca tonta".

T: "¿Y eso es cierto? ¿Vd. es una vaca tonta?"

P: "Si, lo soy". (*La propia naturaleza*).

T: "¿Qué es una vaca tonta?"

P: "Alguien que no es capaz de hacer nada". (*La propia conducta*).

T: "¿Qué es en concreto lo que Vd. no sabe hacer?" (El terapeuta sabe que la paciente tiene una buena formación en el área de los negocios que por lo tanto no puede ser estúpida).

P: "No soy una buena ama de casa. No puedo relacionarme de forma agradable con las personas. No cocino bien y no limpio lo suficiente. No soy una buena esposa para John".

T: "No entiendo eso. Según John, Vd. limpia demasiado, cocina bastante bien, y él está con Vd. y dice que quiere seguir a su lado. ¿Realmente cree que no es capaz (*La propia habilidad*) o es que puede hacer estas cosas, pero no lo suficientemente bien (*La propia conducta*)? ¿O es simplemente que Vd. cree que no es buena en ello?"

(Silencio).

T: "Si fuera capaz de hacer todas esas cosas, ¿se seguiría considerando una vaca tonta?"

P: "Creo que sí, porque tampoco soy muy buena en la cama".

T: "Si sintiera que es buena en la cama, ¿se resolvería su problema?"

P: "Creo que sí".

T: "Y si le fuera bien en el sexo, pero no como ama de casa, ¿estaría bien así?"

P: "No. Me gustaría ser una buena esposa para John y debo ser capaz de hacer todas esas cosas (*La propia naturaleza y la visión del mundo. Ser*

*una buena esposa forma parte de la visión del mundo "Tú deberías ser una buena esposa").*

El terapeuta tiene tres opciones:

- Sugerir a la paciente ciertos cambios en su conducta para que cumpla su aspiración de ser una buena esposa.
- Enseñarle a aceptarse a sí misma y a aceptar su conducta, p. ej., trabajar en su autoimagen.
- Explorar cómo adquirió esa visión del mundo y modificarla. Si esto da resultados, podría liberarse de esa carga de autoexigencia y *podría aceptarse a sí misma tal y como es, con sus limitaciones.*

En mi experiencia, la complejidad del problema aumenta la escala de categorías, con la referente a la visión del mundo ocupando el primer lugar. Hay una gran diferencia entre sentir que las cosas van mal porque a uno no le gustan sus vecinos (*contexto*) y sentir que las cosas van mal porque Dios le está castigando o porque tiene una enfermedad incurable (*visión del mundo*). Aferrarse a una visión del mundo particular impide que las personas crean que las cosas pueden ser diferentes. El problema de muchos pacientes psiquiátricos es que ya no pueden verse a sí mismos como personas normales que tienen una enfermedad, sino como personas anormales que carecen de la capacidad para comportarse de forma normal. La terapia a largo plazo puede contribuir a confirmar esta impresión.



### Autoayuda

**E**l argumento más importante a favor de la autoayuda es que la propia aportación de las personas es la herramienta más poderosa para el cambio y que podemos aprender de la forma en que otros se ayudan a sí mismos. Todas las intervenciones empleadas en la autoayuda son aplicables a la terapia individual.

Es necesario que los terapeutas también tengan conocimiento de las técnicas de autoayuda disponibles para poder asesorar a las personas que escuchan voces. La autoayuda es un recurso muy importante por medio del cual las personas adquieren práctica en el desarrollo de una nueva relación con sus voces y con sus problemas. Es probable que el terapeuta tenga que ayudar a organizar formas de autoayuda en los casos en los que aún no se disponga de éstas. Esto también supone inspirar a otras personas a crear grupos de ayuda mutua o a emplear técnicas de autoayuda.

En este capítulo, nos referimos brevemente a los principios y las prácticas relacionadas. También presentamos un ejemplo de un grupo de discusión que dio resultados satisfactorios gracias, en parte, al asesoramiento

del proceso. Y por último, analizamos una herramienta inestimable para el cambio en la forma de un cuaderno de trabajo.

### *La ayuda mutua y el contacto con compañeros de sufrimiento*

Por lo general, las actividades de ayuda mutua se organizan desde una perspectiva clínica, basada en al diagnóstico (pacientes con trastorno bipolar o esquizofrenia, por ejemplo). Inevitablemente, esto produce en el grupo un sesgo hacia un enfoque y un lenguaje científico/médico, en el que habitualmente un médico desempeña el papel de asesor. Aunque esta modalidad es adecuada, sólo refleja una forma de trabajo y una perspectiva, la de los participantes como pacientes. La alternativa es la ayuda mutua organizada sobre la base de una experiencia compartida, por ejemplo, la escucha de voces, con personas que no necesariamente estén recibiendo ayuda médica. Las personas que participan en estos grupos buscan una solución dentro de su propio marco de referencia, con independencia de cualquier planteamiento médico. Buscan soluciones que ayuden a las personas a afrontar mejor los problemas. Obtienen información de diferentes fuentes que abarcan una amplia gama de intereses, no sólo médicos.

Entre estos dos tipos de grupos hay una diferencia significativa. No obstante, la ventaja de disponer de ambos enfoques es que las personas pueden escoger lo que quieren, cómo se ven a sí mismas y la forma en que les gustaría resolver sus problemas.

Nosotros estamos mucho más familiarizados con el segundo tipo de ayuda, debido a que Maastricht es el lugar en el que se inició la ayuda mutua para personas que escuchan voces. A partir de nuestra investigación, comprendimos el valor de basar la ayuda mutua en la experiencia personal. El grupo fue creado y desarrollado por personas que escuchaban voces. Ahora pueden encontrarse grupos similares en muchos otros países (para mayor información, véase Apéndice 4).

A partir de sus entrevistas con personas que escuchan voces, Escher (1993) resume las ventajas de hablar sobre las experiencias personales ya sea con un amigo, la pareja o un grupo de apoyo de cualquier tipo:

- Ayuda a las personas a pensar de forma más positiva sobre las voces y a empezar a reconocer patrones tales como, por ejemplo:

“Cuando pienso de forma negativa, comienzo a escuchar una voz negativa”.

- Disminuye el miedo a las voces. Por el contrario, la evitación genera impotencia y ansiedad ante la próxima aparición de las voces.
- Puede ser útil para las personas reconocer su propia situación en la experiencia de otros. Esto les permite darse cuenta de que no son los únicos y superar su sensación de aislamiento. A veces las otras personas también pueden ofrecer ayuda.
- Puede ayudar a las personas a aceptar las voces.
- Puede hacerles ver los aspectos positivos de las voces: “Al hablar de ello, he aprendido a aceptar que esta experiencia tiene un aspecto positivo y uno negativo. Al aceptar este aspecto negativo, puedo prestar más atención al lado positivo y quererme más a mí mismo”.
- Puede ayudar a las personas a reconocer el significado de sus propias voces, al escuchar lo que las voces de las otras personas dicen con respecto a sentirse asustadas, por ejemplo, o al expresar hostilidad, contenidos sexuales, la sensación de inseguridad o a tomar sus propias decisiones (“¡Yo tengo el mismo problema!”).

Este tipo de asistencia no ofrece soluciones instantáneas sino que estimula a las personas a que aprendan a comprenderse a sí mismas. En otras palabras, las motiva para que utilicen su energía con el objeto de que puedan ser ellas mismas en el mundo exterior. Esta es una condición necesaria para lograr un nuevo equilibrio y promover la integración social.

Los resultados son muy diferentes cuando las personas comienzan el proceso a partir de su propia experiencia y no desde su enfermedad, y cuando se le concede mayor importancia a la comprensión personal que al conocimiento médico. Las personas pueden entonces pasar de la posición de víctimas a la de vencedoras (Coleman y Smith, 1997). Este tipo de autoayuda no se puede prescribir, requiere el coraje de iniciar un viaje de autodescubrimiento (Reeves, 1997).

Los profesionales de la salud mental pueden contribuir a organizar este tipo de autoayuda si bien no pueden, por definición, proporcionarla ellos mismos o ser los responsables de ella. Pueden ayudar a través de la definición y distinción de los roles respectivos de la autoayuda y del tra-

tamiento médico. El sistema de salud suele estar mucho más organizado que los sistemas de autoayuda: por lo general, estos últimos carecen de recursos e infraestructura. Pero no es sólo esta falta de organización la que dificulta la autoayuda, sino la falta de visión y disposición dentro del sistema de salud para dar a las personas la posibilidad de elección. Como afirmó el psiquiatra italiano Pino Pini:

“Es mejor organizar la autoayuda sobre la base de lo que a las personas les gustaría lograr, que basándose en los cuadros o síndromes clínicos”.

En ambos modelos de autoayuda, la clave es el apoyo mutuo y la participación. La pregunta acerca de cuál de los dos es necesario es algo que *debe comentarse con la persona que escucha voces y que debería reevaluarse de forma periódica.*

### **Poder para nuestros viajes**

Michael White, un psicólogo de Adelaida, Australia, creó un grupo de discusión<sup>13</sup> para usuarias de los servicios psiquiátricos. Habían estado ingresadas en varios hospitales durante distintos períodos de tiempo para recibir diversos tratamientos y tenían, en su mayoría, el diagnóstico de esquizofrenia. Michael White trabajó con ellas en calidad de asesor del proceso, tal y como se explica en el Cap. 11. Estas mujeres describieron la creación del grupo y el papel de White de la forma siguiente:

“Nos reunimos una vez al mes e invitamos a Michael White a que se incorpore a la reunión para llevar un registro de nuestra conversación y plantear preguntas que nos ayuden a expresar nuestras ideas sobre diferentes problemas. Después de cada una de estas reuniones, Michael sintetiza nuestras ideas en un documento que sirve como ‘acta’ del progreso de nuestros conocimientos y de nuestras habilidades para vivir”.

El siguiente extracto de un artículo<sup>14</sup> nos muestra una visión muy interesante de este tipo de trabajo y sus efectos.

---

13 Dulwich Centre, 315 Carrington Street, Adelaida, Australia.

14 Este capítulo se deriva de un artículo publicado por la American Family Therapy Academy (AFTA, verano 1996) titulado “Power to Our Journeys”, literalmente “Poder para nuestros viajes”, escrito de manera colectiva por: Brigitte, Sue, Mem y Veronika, incorporando las voces y los espíritus de las otras mujeres miembros del grupo y con la colaboración de Michael White.

### *La limitación del silencio*

La razón que nos llevó a escribir este documento es compartir el cambio que hemos experimentado en nuestras vidas al participar en el grupo denominado "Poder para nuestros viajes". Este grupo ha sido muy importante para nosotras al reavivar nuestro amor por la vida y ayudarnos a lograr una calidad de vida que nunca hubiéramos imaginado. Tenemos la esperanza de que otras personas que luchan contra voces y visiones perturbadoras encuentren una esperanza en lo que decimos aquí.

### *El reconocimiento de nuestra experiencia*

Durante nuestra larga y diversa relación con los servicios psiquiátricos, hemos tenido pocas oportunidades de hablar abiertamente sobre nuestras experiencias cotidianas con las voces y las visiones que han sido tan perturbadoras para nosotras o, en particular, sobre las voces y las visiones que han sido útiles en nuestras vidas. Hemos sido silenciadas una y otra vez por muchos profesionales de la psiquiatría que se han negado de forma sistemática a reconocer nuestras experiencias con estas voces...

No hace falta decir que este silencio impuesto tiene consecuencias profundamente negativas en nuestras vidas. Todas nos hemos sentido abandonadas a causa de esto. No nos hemos sentido acompañadas en los momentos en que más lo necesitábamos. En ocasiones, fue precisamente este silencio el que contribuyó a crear en nosotras la sensación de que nos estábamos volviendo locas. Y esto hizo que nos resultara virtualmente imposible cambiar nuestra relación con las voces y las visiones perturbadoras que han dominado nuestras vidas, así como con las voces y las visiones que nos han brindado más apoyo.

### *El cambio de nuestra relación con las voces*

Nunca se insistirá bastante en lo importante que es tener la oportunidad de hablar de las voces y las visiones en un foro que contribuya a un verdadero esclarecimiento de sus propósitos y sus mecanismos. Estas voces y visiones pueden ser muy perversas y, de vez en cuando, nos causan muchas dificultades. Disponen de tácticas muy eficaces para tiranizar nuestras vidas: para asustarnos, hacernos entrar en pánico y llevarnos hasta la desesperación. Al revelar sus objetivos y mecanismos, somos más conscientes de la diferencia entre los deseos de las voces y los nuestros, y vamos adquiriendo un conocimiento cada vez mayor de las estrategias que utilizan para lograr sus propósitos. Este saber las debilita y nos da la

posibilidad de hacernos más conscientes del conocimiento y las habilidades de que disponemos, y que podemos emplear para frustrar los intereses de las voces y las visiones por acaparar nuestras vidas. Al reunirnos para dar a conocer esta revelación y utilizar de forma conjunta nuestro conocimiento y habilidades, hemos podido cambiar nuestras relaciones con ellas, disminuyendo su poder y su dominio sobre nuestras vidas

### *Las voces y las visiones negativas son demoleadoras*

Para que podáis entender mejor lo importante que ha sido para nosotras encontrar un espacio en el cual podemos hablar de nuestras experiencias con las voces y las visiones e integrar estas revelaciones, deberíais saber lo 'demoleadoras' que pueden ser para nuestros trabajos, amistades, intereses, esperanzas, estatus ... Muchos de nuestros familiares se han sentido asustados y desesperados. Hemos perdido amigos hasta el agotamiento y el terror. Algunas de nosotras estuvimos sin hogar durante años, simplemente yendo de un sitio a otro ... Cuando comenzamos a darnos cuenta de que nos estábamos convirtiendo en una carga, comenzamos a aislarnos. Simplemente desaparecimos o nos replegamos en nosotras mismas, sintiéndonos más solas aún en compañía de los demás ...

### *La levedad del ser*

Pero ya no nos lamentamos. Nos dimos cuenta de que una buena parte del dolor se debía a la pérdida de un estatus que ya no deseamos y del cual, de hecho, nos sentimos liberadas. Y ahora estamos encontrando la oportunidad de hablar abiertamente con nuestros amigos y familiares sobre el dolor que sintieron por lo que nos sucedió durante los tiempos difíciles. Aunque es cierto que perdimos algunas amistades, las que permanecieron se han reanudado y se han fortalecido con estas conversaciones ...

No se trata de que ya no tengamos épocas difíciles. Las tenemos. Pero al revisar nuestras relaciones con las voces y las visiones perturbadoras y a través de nuestro trabajo colectivo en el grupo "Poder para nuestros viajes", también hemos iniciado una experiencia de vida que nunca habiéramos imaginado. Sabemos que probablemente sonará extraño pero, al vivir con las voces, hemos logrado una calidad de vida y una riqueza que para muchos sería difícil de entender. Esto se debe a muchas razones, incluyendo el cambio en nuestros valores. Por ejemplo, todas hemos experimentado un cambio en nuestra posición con respecto a los valores materialistas tradicionales. No se trata de que hayamos prescindido de ellos, sino que simplemente ya no tienen la misma significación que

tenían para nosotras anteriormente. Han dejado de ser lo más importante. Ocupan un lugar diferente en nuestra vida. Esto significa que muchas de las cosas que antes asociábamos con la felicidad ya no tienen mucho significado para nosotras. En lugar de esto, lo más importante para nosotras es la levedad del ser que experimentamos en cada momento ...

Nuestra pertenencia al grupo "Poder para nuestros viajes" ha contribuido de manera significativa a esta levedad del ser. Nos une la solidaridad. Nos sentimos seguras en compañía de las otras, sabiendo que hemos afrontado muchos cambios en nuestras vidas y que hemos realizado un aprendizaje al afrontar de forma satisfactoria las dificultades que experimentamos en esos momentos ...

### *Justicia*

Ha sido importante para nosotras plantearnos este trabajo de rescatar nuestras vidas de las voces y las visiones como una lucha contra la injusticia. Estas voces y visiones son opresivas y, dado que la revisión de nuestra relación con ellas tiene que ver con problemas con el poder y el control, consideramos que se trata de una relación política ...

A medida que exploramos juntas las nociones de justicia, vemos más claramente que no tenemos que resignarnos y permitir que se hable de nuestras vidas en unos términos que nos reducen, nos etiquetan y nos marginan. De este modo nos hacemos más eficaces en nuestro desafío a esta forma de hablar de nuestras vidas y las vidas de otras personas que experimentan las voces y las visiones perturbadoras.

### *Medicación*

Todas hemos tenido diversas experiencias con la medicación, algunas de ellas satisfactorias y otras no. Para nosotras es evidente que nuestras experiencias con la medicación son mejores cuando la consideramos como una herramienta y no un fin en sí misma ...

### *Logo*

El grupo "Poder nuestros viajes" tiene un logo. Es el Monte Kilimanjaro. Hace muchos años, Sue, una de las participantes en nuestro grupo, llegó hasta la cima de esta montaña. En una de nuestras reuniones, señaló que rescatar su vida de las voces hostiles era un viaje que no difería mucho del ascenso a la cima del Monte Kilimanjaro. "Es una tarea dura", dijo, "pero,

—con los preparativos y provisiones necesarias, un buen mapa del terreno el pronóstico del tiempo y los sistemas de apoyo adecuados, es posible hacerlo”. Todas hicimos nuestra esta filosofía.

### *Documento 1: solidaridad*

1. Hemos hablado de las técnicas a las que recurren las voces perturbadoras en sus intentos por controlar nuestras vidas. Fue interesante descubrir que todas teníamos observaciones similares con respecto a estas técnicas y que comprendíamos la importancia de manifestarlas. Las voces recurren a estas técnicas para inducirnos a realizar actividades indeseables que van contra nuestros intereses.
2. Las técnicas que se mencionaron durante la reunión corresponden a diferentes categorías, cada una de las cuales se relaciona con ciertas características de las voces. Se determinó que:
  - Las voces son parásitos que se alimentan de la culpa, la inseguridad y el miedo.
  - Las voces son oportunistas. Aprovechan los momentos en que las personas están muy estresadas y se sienten vulnerables.
  - Las voces son sensacionalistas. Tienen el hábito de sacar las cosas de quicio y, al hacerlo, generan ansiedad.
  - Las voces son dependientes. Para su supervivencia dependen del abandono de uno mismo y de las auto-acusaciones.
3. En general, se concluyó que revelar las técnicas de las voces de esta forma es muy importante porque pone en evidencia su ‘talón de Aquiles’. Por ejemplo, las intolerancias de las voces resultan más que evidentes:
  - El amor y la aceptación de uno mismo les resultan insoportables.
  - El cuidado de uno mismo puede producirles un ‘auténtico ataque’.
  - El respeto por uno mismo es tóxico para ellas.
  - La idea de que las personas se unan de forma solidaria en su contra les aterra.

- El desafío a su sensacionalismo con hechos socava totalmente sus bases.
  - El ejercicio del poder personal repele sus intentos por alimentarse de la culpa y el miedo.
4. Aparte de todo esto, las voces tampoco toleran ver las cosas con claridad. Todas estuvimos de acuerdo en que ver “el amor como un movimiento a través de la vida” ayuda a desarrollar la inmunidad a las técnicas de las voces.
  5. Este documento es una declaración de solidaridad. Es una declaración del hecho de que los miembros del grupo “Poder para nuestros viajes” estamos unidos contra las fuerzas que han intentado tiranizar nuestras vidas. Esta es una forma de avisar a las voces de que, aunque lo intenten por todos los medios, finalmente no tendrán éxito en sus intentos por acaparar nuestras vidas. Mantendremos el espíritu de este grupo a medida que continuamos con nuestras vidas y, en los momentos en los que nos sentimos más vulnerables a la perturbación que producen las voces, recrearemos la experiencia de esta solidaridad. Esto nos proporcionará una gran seguridad y consuelo en la adversidad.

## *Documento 2: nuestra determinación*

### *1. Nombrar lo innombrable*

Nos comprometemos a nombrar lo innombrable y a reconocer el coraje y la fuerza que esto requiere por nuestra parte. Nuestros logros al nombrar lo innombrable disminuyen nuestra culpa, miedo, pánico e inseguridad. También constituyen un servicio a los demás ya que les proporciona alivio. Los ayuda a romper estereotipos limitantes.

### *2. Hacer las cosas a nuestro ritmo*

Estamos decididas a llevar la vida a nuestro ritmo y no al de las voces. Las voces intentan siempre presionarnos a hacer cosas antes de que estemos listas para ello y, si lo consiguen, nuestras mentes se obnubilan, nos paralizamos y perdemos la perspectiva de lo que queremos en la vida. Las voces cuentan con apoyo externo en sus intentos por empujarnos a hacer cosas y algunas veces son los funcionarios encargados de la rehabilitación quienes, involuntariamente, les prestan dicho apoyo.

### ***3. Reconocer nuestro trabajo de equipo***

Estamos decididas a no perder de vista que somos miembros de un equipo que tiene las dimensiones y la fuerza del océano y la inteligencia de los delfines. Con independencia de los esfuerzos de algunos por imponer su autoridad sobre nuestras vidas, permaneceremos en contacto con la fortaleza, la inteligencia y la belleza de nuestro trabajo de equipo. Esta conexión sirve para que las voces permanezcan en silencio.

### ***4. Valorar los pasos pequeños***

Nos comprometemos a honrar los “pasos pequeños” que damos en la vida. Son esos pequeños detalles que muchas personas en el mundo pasan por alto, como por ejemplo, levantarse de la cama, ducharse y cuidar de nuestras vidas en general. No permitiremos que la preocupación por el control, imperante en nuestra cultura, nos prive del aprecio por estos pequeños sacramentos de la vida cotidiana. Por el contrario, nos enorgullecemos de ellos y, en el proceso, tomaremos nota de lo especiales que somos.

### ***Documento 3: conductoras de nuestras propias vidas***

1. Estamos aprendiendo a identificar nuestras voces perturbadoras y, a medida que lo hacemos, somos más conscientes de que escuchamos ciertas voces de la sociedad que expresan algunas de las actitudes dominantes en la actualidad.
2. Estamos desarrollando la habilidad para tomar distancia de las voces. Esto nos ayuda a dejar de autoevaluarnos constantemente y nos permite concentrarnos y analizar las voces que nos acosan. Así logramos comprender las dificultades de estas voces para aceptar nuestros movimientos a través de nuestro presente y hacia nuestro futuro.
3. Saber que estas voces evaluadoras y a veces hostiles representan inseguridades, constituye un gran logro. Nos pone en contacto con el hecho de que son resistentes al cambio y que desean que limitemos nuestras vidas al territorio que les es familiar.
4. Entendemos las razones por las que tratan de hacernos sentir pánico cuando emprendemos las aventuras de la vida. Y también comprendemos las razones por las que intentan eclipsar las habilidades

y el conocimiento que necesitamos para realizar el viaje de la vida. Cuando podemos reconocer abiertamente estas habilidades, las voces se desesperan.

5. Ahora podemos ver que las voces están perdiendo terreno y esperamos que llegue el momento en el que pierdan toda esperanza de recuperarlo. Son conscientes del hecho de que las ondas de nuestro trabajo se están propagando y del grado en el que esto está afectando las vidas de otras personas en otras partes del mundo, quienes se enriquecen a través del conocimiento que compartimos unos con otros.
6. Parece ser que las voces no tienen respuesta ante la creación de nuestras redes de trabajo. Esto es muy significativo. A medida que nos aventuramos juntas en este trabajo, nos sentimos más centradas, más capaces de dar pasos firmes para recuperar el control de nuestras vidas y experimentamos un sentimiento de dignidad personal al que tenemos derecho.
7. Este tipo de progresos nos libera y nos ayuda a dejar a un lado el poder que otras personas ejercen sobre nuestras vidas. También nos permite opinar sobre nuestras propias vidas y sobre el tipo de pasos que serían provechosos para nosotras. De esta forma, tenemos algo más que *decir sobre nuestras propias identidades*. Nos estamos convirtiendo en las conductoras de nuestras propias vidas”.

### *Cuaderno de trabajo realizado por y para personas que escuchan voces*

Ron Coleman y Mike Smith (1997) han escrito un cuaderno de autoayuda titulado *Working with Voices, Victim to Victor* (literalmente, “Trabajando con las voces, de víctima a vencedor”), que finaliza con una lista “Guía de la A a la Z para afrontar las voces”, de la que hemos seleccionado algunas recomendaciones:

- Acepte la realidad de sus voces.
- Abandone la posición de víctima.
- Desarrolle estrategias de afrontamiento que encajen con Vd.
- Entable un diálogo con sus voces.
- Participe en un grupo de ayuda mutua.

- Ayude a otros compartiendo su propia experiencia.
- Viva su vida, no la etiqueta que otros le han puesto.
- Deje espacio para sí mismo.
- Aduéñese de sus voces.
- Concédase una recompensa cuando tenga éxito.
- Las victorias hay que conseguirlas.
- Es Vd. quien toma sus decisiones, no sus voces.
- Suprima sus voces negativas, logrando el control sobre ellas.

El cuaderno de trabajo está basado en nuestra investigación (Romme y Escher, 1993, 1996) y en la experiencia personal de Ron Coleman en su proceso de aprender a adueñarse de sus voces y hacerse cargo de su futuro. Ha incorporado la experiencia de muchas otras personas, recogida a través del contacto con grupos de ayuda mutua, personas que escuchan voces y profesionales. En sus palabras, el cuaderno de trabajo se refiere a cómo “dejar de ser víctimas de nuestra experiencia y convertirnos en los vencedores de nuestra experiencia. No ofrece soluciones válidas para todas las personas sino que, por el contrario, debería considerarse como un punto de partida para explorar nuestra experiencia”.

Brinda una estupenda oportunidad a las personas que escuchan voces para estructurar su relación con las voces y, en consecuencia, lograr un mayor control en la relación y afrontarla de forma más sistemática. Con la ayuda del cuaderno de trabajo, pueden lograr una mayor comprensión sobre el desarrollo de sus emociones y de los hechos que las producen. Pueden llegar a sentirse tan familiarizadas con éstas como lo están con el papel que las voces tienen en éstas.

El cuaderno de trabajo comienza con ciertas reglas básicas:

- La persona que se adueña de la experiencia es la dueña del cuaderno de trabajo.
- La persona necesita desarrollar sus propias formas de afrontar las voces.
- La experiencia es real.
- La confianza no está implícita, hay que conquistarla.
- Es aceptable que las estrategias de afrontamiento que son nuevas para Vd. comiencen a funcionar poco a poco. Vd. está al mando siempre que lo intente.

El cuaderno de trabajo está organizado de forma tal que refleja estas intenciones y la persona que escucha voces puede utilizarlo para trabajar por su cuenta, con un amigo o con un terapeuta. Se divide en tres partes:

- Comprender y contextualizar la experiencia.
- Organizar la experiencia.
- Aceptar las voces y trabajar con ellas.

### *Parte 1: Comprender la experiencia*

En primer lugar, se le pide a la persona que describa en detalle la primera vez que escuchó las voces: qué estaba sucediendo, cuáles eran sus emociones, quién estaba con ella, qué sucedió después y cómo reaccionó ante ello. A continuación se le pide que piense en si acepta o no las voces, si éstas la asustan o si hacen que se enfade. Que describa extensamente sus sentimientos con respecto a las voces. Se le pide que describa las reacciones de las otras personas, es decir, si niegan el problema, la califican como loca o le dan apoyo y que comente su propia respuesta ante esto.

Se le pide a la persona que escriba un relato completo y sincero sobre su historia personal, que le será muy beneficioso. Al igual que en el grupo 'Poder para nuestros viajes', Coleman y Smith subrayan la importancia de escribir las reacciones ante las voces, es decir, las propias y las de las otras personas. Esto le ayuda a comprender la forma en que las voces la limitan, al igual que la sociedad impone reglas, e impiden que viva su propia vida.

Por último, se le pide que cumplimente un formulario cada vez que escuche las voces durante los próximos diez días. Este formulario abarca aspectos tales como la identidad de las voces, la duración, el contenido, cómo se siente la persona, dónde estaba y con quién, etc.

### *Parte 2: Organizar la experiencia*

Se le pide su propia explicación sobre las voces y que exponga, desde su punto de vista, cómo llegó a esa conclusión. A continuación, la exploración se centra en uno de tres sistemas de creencias. La persona puede escoger entre tres modelos para responder a las preguntas:

#### *El modelo de enfermedad*

La persona responde "verdadero" o "falso" a las preguntas sobre la medicación, el diagnóstico de esquizofrenia y las probabilidades de recuperación.

### ***El modelo psicológico***

Explora los detalles sobre las voces, sus características y desencadenantes, construyendo gradualmente un perfil.

### ***El modelo telepático***

Para esto es aconsejable trabajar con un profesional. A ambos se les pide que escriban su valoración de la sensibilidad de la persona a la comunicación telepática. Si existe una discrepancia entre los resultados, la opinión de la persona es la más importante. Ambas partes trabajan conjuntamente para resolver cualquier malestar que haya podido surgir: "Puede ser útil que comiencen leyendo libros sobre la experiencia psíquica". La sección sobre telepatía también ofrece algunas técnicas para detener la afluencia de información o bien para iniciarla.

## ***Parte 3: Aceptar las voces y aprender a vivir con ellas***

Explora los diferentes tipos de estrategias de afrontamiento, de manera que la persona pueda entenderlas desde la perspectiva de su propio sistema de creencias. Analiza la función de las voces como estrategia de supervivencia y se le pregunta a la persona qué tipo de ayuda le gustaría recibir.

Otras preguntas están dirigidas a una comprensión más profunda sobre las voces:

- "¿Conoce el motivo por el que escucha las voces?"
- "¿Sabe por qué se comunican con Vd.?"
- "¿Sabe lo que significan para Vd.?"

Luego, una sección corta explora la relación de la persona con las voces, con preguntas como éstas:

- "¿Sabe de qué modo trabajar con las voces en su propio beneficio?"
- "¿Se ha planteado si alguna de las voces está relacionada con un hecho particular de su vida?"

A continuación hay una sección referente a:

- Estructurar el tiempo: "¿Ha estipulado un tiempo aparte para trabajar con las voces?"

- Sintonizar: “¿Puede concentrarse en una voz? ¿Puede hacerlo de forma selectiva?”
- Trabajar con paradojas, convocando a las voces con el fin de que los dejen a solas.
- Permitir/Rehusarse. Es un ejercicio para controlar el acceso o la aparición de las voces.

En conclusión, este cuaderno de autoayuda propone que la persona que escucha voces diseñe un plan que se ajuste a ella y a sus problemas, y que requiere el trabajo conjunto con otra persona en la que confíe. Recomendamos ampliamente este cuaderno de trabajo a cualquier persona que esté implicada en la ayuda a personas que escuchan voces y, en particular, a las personas que escuchan voces.



## EPÍLOGO

La mayor parte de la investigación psiquiátrica sobre los trastornos psicóticos ha seleccionado las categorías diagnósticas (esquizofrenia, trastorno bipolar y otras similares) como la variable independiente, dando por sentada su validez científica. Nuestra investigación difiere de la mayoría de las investigaciones realizadas en el área de la enfermedad psicótica en tres aspectos:

- Como variable independiente hemos seleccionado un síntoma, la escucha de voces, en lugar de una categoría diagnóstica.
- Nos centramos en la experiencia de la persona que escucha voces en lugar de hacer preguntas desde un punto de vista teórico.
- Estudiamos la escucha de voces en pacientes psiquiátricos y en personas que escuchaban voces que no eran pacientes psiquiátricos.

La diferencia en el enfoque también aportó resultados diferentes, de los cuales los cuatro siguientes son los más relevantes:

- Hay muchas personas que escuchan voces y que no reúnen los criterios para un diagnóstico psiquiátrico, si se emplea un instrumento diagnóstico adecuado. La proporción de estas personas en la población general es aún superior a la de las personas que escuchan voces y que reúnen los criterios para un diagnóstico psiquiátrico (Tien, 1991, Eaton y cols., 1991 y otros).

- La escucha de voces está presente en muchos trastornos psiquiátricos diferentes. Cuando forma parte del complejo de síntomas diagnosticados en la esquizofrenia, este complejo consiste por una parte en la escucha de voces como una reacción a un hecho grave o a un problema de identidad que la persona no puede afrontar y por la otra, en una reacción secundaria a la incapacidad para afrontar las voces. En otras palabras, todo el complejo de los síntomas de la esquizofrenia no tiene que ser necesariamente la consecuencia de una enfermedad.
- La escucha de voces es una experiencia muy personal, que difiere de una persona a otra en términos de lo que le dice la voz y de los hechos vitales y los ideales que la provocaron.
- El análisis de la relación entre las voces y la historia personal muestra que las voces tienen sentido cuando se analizan las circunstancias vitales que las provocaron.

Estos resultados y los de otros investigadores como Bentall, 1990, Boyle, 1990, Jenner, 1993, Praag 1993, Hoofdakker, 1995, Ross y Parr, 1995, Thomas, 1997 y muchos otros, evidencian los errores metodológicos del sistema diagnóstico desarrollado por Kraepelin que sigue en vigencia como base del sistema del DSM:

Existen al menos cinco razones por las que el sistema diagnóstico clínico no es válido:

- Kraepelin desarrolló el sistema basándose en la conducta observada en un contexto clínico, sin tomar en consideración la frecuencia con la cual dicha conducta podría manifestarse en personas normales, sanas. Existen personas sanas que escuchan voces. Por tanto, junto con otros investigadores, llegamos a la conclusión de que la escucha de voces en sí misma no es el síntoma de una enfermedad y que es la incapacidad para afrontar las voces lo que conduce a la conducta disfuncional y, por consiguiente, a la enfermedad.
- Kraepelin pensó que todas las experiencias y los patrones conductuales de un paciente eran el resultado de una enfermedad específica. En el fenómeno de la escucha de voces, los pacientes pueden reaccionar de maneras muy diversas ante el malestar que les producen las voces. Por ejemplo, pueden tener problemas de concentración o experimentar confusión, alienación emocional o agresivi-

dad. Ron Coleman, en particular, recopiló una gran cantidad de información sobre este tema. Nos pregunta, como profesionales, si podemos considerar estos patrones conductuales como síntomas de una enfermedad específica o si son, de hecho, reacciones a las voces mismas.

- Kraepelin postuló que estas experiencias y conductas eran el resultado de una enfermedad y que la causa era un trastorno orgánico del cerebro. En los pacientes que escuchan voces se encontró que, en un 70% de los casos, las voces coinciden con situaciones o hechos que hacen que el paciente se sienta impotente e incapaz de solucionar el problema. Se han observado patrones químicos y eléctricos inusuales en la función cerebral que coinciden con las voces, pero esto debería considerarse como un fenómeno paralelo, no como la causa de los síntomas.
- Kraepelin clasificó los síntomas en grupos y dio nombres específicos a combinaciones específicas como la *demencia simplex*, posteriormente denominada esquizofrenia. Las investigaciones realizadas por Bentall, 1990, Boyle, 1990, Parker y cols., 1995 y otros, demuestra que esta construcción conceptual carece de validez científica. Existen demasiadas diferencias entre los pacientes que tienen el mismo diagnóstico y demasiadas similitudes entre los pacientes con diagnóstico diferente como para que sea posible establecer una clara distinción entre enfermedades. Nuestra investigación sobre la escucha de voces demuestra que este fenómeno está presente en todos los tipos de psicosis e incluso en las neurosis y en los trastornos de personalidad.
- Kraepelin no utilizó la definición de enfermedad que es habitual en la medicina. Una enfermedad sólo puede definirse como tal cuando tiene una causa, un curso, un método de tratamiento y un pronóstico específicos. Ninguna de las enfermedades que Kraepelin denominó psicosis funcionales reúnen estos criterios. Cuando realmente prestamos atención a la experiencia del paciente, en un 70% de los casos es posible hallar un patrón coherente de circunstancias que coinciden con la escucha de las voces en ese paciente particular. Es posible incluso construir un cuadro de las circunstancias que pueden haber producido la incapacidad de un paciente para afrontar la presencia de las voces.

En síntesis, es evidente que en lo que a enfermedades psiquiátricas se refiere, no es aconsejable pensar en términos de enfermedades específi-

cas. Para que la psiquiatría haga progresos en el tratamiento de las psicosis es necesario un cambio de paradigma. Este cambio de paradigma es muy simple; consiste en prestar atención a los síntomas y, en lugar de construir un diagnóstico, analizar la relación del conjunto de estos síntomas con la historia personal y la relación de los síntomas entre sí. Esta modalidad de trabajo es habitual en todos los campos de la medicina salvo en la psiquiatría que hace un desvío al saltar del síntoma al diagnóstico, ignorando los factores causales.

Esta investigación nos ha enseñado también la validez de una aproximación socio-psiquiátrica a la psicosis, según la cual la enfermedad constituye un patrón de respuesta a las dificultades experimentadas en la vida real. No vemos la razón por la que este enfoque no se pueda aplicar a otros trastornos mentales crónicos como el trastorno bipolar, los trastornos disociativos, así como en el trastorno obsesivo compulsivo y los estados borderline. Por el contrario, hay suficientes evidencias de que este enfoque está bien fundamentado en la realidad en el caso de muchos síntomas psicóticos y otros síntomas graves.

Por tanto, consideramos que las personas pueden reaccionar de forma muy diferente ante el mismo problema, por ejemplo, la muerte de un ser querido. Por lo general, la experiencia de la pérdida resulta insostenible, produciendo emociones muy intensas, así como sentimientos de impotencia. En síntesis, puede hacer que las personas sientan que no pueden seguir adelante sin este ser querido. Una situación tan impactante como la muerte de la pareja, por ejemplo, puede desencadenar reacciones emocionales muy diversas:

- Una persona puede negar el hecho mismo de la muerte. El sentimiento de impotencia se sustituye por la convicción de que su pareja está de viaje y que le espera en otro lugar.
- Otra persona puede negar el dolor que este hecho le produce. En lugar del duelo, puede reaccionar con una conducta extrema, por ejemplo, teniendo relaciones con la primera persona que conozca que tenga algún parecido con su pareja.
- Algunas personas sencillamente no son capaces de afrontar sus emociones; pueden llegar a negar absolutamente todos sus sentimientos y decidir que en lo sucesivo vivirán como un robot.
- Otras personas pueden sustituir su dolor con rabia, hostilidad y suspicacia.

- Otras quizás eviten reconocer lo sucedido pensando que son otra persona.
- Por último, algunas personas quizás sigan escuchando la voz de la persona fallecida.

De este modo, vemos que también es posible encontrar casi todos los síntomas de la psicosis en los procesos extremos de duelo. Al centrarnos en la experiencia psicótica en sí misma y en la historia personal que dio lugar a ésta, nos dimos cuenta de la forma en que una situación concreta en la vida de una persona puede conducir a una variedad de reacciones psicóticas. Según las características de la reacción, un paciente podría ser etiquetado como esquizofrénico, otro como maniaco depresivo, etc. Si escuchamos con atención las experiencias del paciente, veremos que no hay una causa única que produzca una psicosis particular. Sucede más bien a la inversa, es decir, que una causa "particular" puede producir una variedad de estados psicóticos.

La Psiquiatría ha seguido una línea de razonamiento equivocada al conceptualizar las reacciones de las personas ante ciertos problemas como enfermedades específicas. Esta disciplina ha estudiado la "enfermedad" en sí misma, en lugar de estudiar todo el espectro de reacciones diferentes que las personas pueden tener ante situaciones que hacen que se sientan impotentes. Puede tratarse de situaciones muy distintas como la muerte de un ser querido, la incapacidad para aceptar la propia orientación sexual, la enfermedad de un hijo, etc.

Por tanto, la investigación sobre los síndromes psicóticos seguirá careciendo de sentido si no se establece de forma consistente la conexión con las causas individuales de la psicosis. La investigación biológica sobre la química cerebral puede, de hecho, tener un papel importante en todo esto. No obstante, tendrá que ser un papel muy diferente al que desempeñan actualmente los institutos de investigación y la industria farmacéutica. El foco de sus investigaciones tendrá que orientarse hacia el análisis de la forma en que el cerebro reacciona ante las emociones y los procesos que tienen lugar de forma paralela y que, posiblemente, podrán "fijar" dichas reacciones.

Somos conscientes de que lo que estamos proponiendo constituye un cambio radical; significa abandonar la mentalidad de "bunker" prevale-

ciente en los profesionales de la salud mental y estar abiertos a las nuevas teorías y filosofías con sus propias opciones terapéuticas. Se trata, no obstante, de un cambio que todos tendremos que realizar tarde o temprano, si realmente queremos ayudar a las personas a asumir el control de sus vidas.

# APÉNDICES



## Selección de la muestra para el estudio<sup>15</sup>

**P**ara este fin utilizamos dos instrumentos: el CIDI o Composite International Diagnostic Instrument, literalmente, Instrumento Diagnóstico Internacional Compuesto (Robins y cols., 1988; Wittchen y cols., 1991), y la DES o Dissociative Experience Scale, literalmente, Escala de Experiencias Disociativas (Bernstein y Putnam, 1986). Ambas son adecuadas para las poblaciones en las que se presume una gran variabilidad en el grado de psicopatología.

Todos los entrevistados debían presentar alucinaciones auditivas según el CIDI. Los pertenecientes al primer grupo obtuvieron el diagnóstico de esquizofrenia según el CIDI. Los pertenecientes al segundo grupo obtuvieron puntuaciones iguales o superiores a 30 en la DES, indicadoras de un trastorno disociativo (pero sólo se incluyeron los que no reunían los criterios de esquizofrenia en el CIDI). Los pertenecientes al tercer grupo no mostraron indicadores de psicopatología según el CIDI, ni tenían diagnóstico de esquizofrenia crónica. Obtuvieron puntuaciones inferiores a 30 en la DES. El tercer grupo estuvo compuesto por 10 per-

---

<sup>15</sup> Esta parte del estudio se describe más detalladamente en Honig y cols. (1998).

sonas que, según el CIDI, no presentaban ningún otro síntoma salvo las alucinaciones y 5 personas que obtuvieron puntuaciones indicadoras de trastorno de ansiedad o de trastorno afectivo de duración superior a un año previo al estudio.

## APÉNDICE 2

**Tabla 1**

*Relación de las Alucinaciones Auditivas con el Diagnóstico Principal*

<b>Trastorno</b> (N° de personas entre paréntesis)		<b>Alucinaciones</b> (N° de personas entre paréntesis)	
Esquizofrenia	(62)	53%	(33)
Trastorno disociativo	(5)	80%	(4)
Trastorno afectivo	(90)	28%	(25)
Trastorno psicótico (NOC)	(17)	41%	(7)
Trastorno de personalidad	(48)	13%	(6)
Otros(por lo gral. ansiedad)	(66)	9%	(6)

Muestra: 288 = 100%  
Escuchan voces= 81 (28%)

**Tabla 2**

*Características Formales de la Escucha de Voces*

<b>Forma de Manifestación</b>	<b>Esquizofrenia</b>	<b>Trastornos Afectivos</b>
A través de los oídos	80%	70%
En la cabeza	63%	65%
En el cuerpo	11%	4%
Fuera de la cabeza	52%	39%
Es posible establecer un diálogo	47%	36%
Proviene de mí mismo ("soy yo")	24%	17%
Proviene del exterior ("no soy yo")	93%	78%

**Tabla 3**  
**Características de la Escucha de Voces**

<b>Forma<sup>16</sup></b> (Nº de personas entre paréntesis)	<b>Esquizofrenia</b> (100% = 18)		<b>Trastornos Disociativos</b> (100% = 15)		<b>No pacientes</b> (100% = 15)	
<i>A través de los oídos</i>	78%	(14)	67%	(10)	57%	(8) <sup>17</sup>
<i>En la cabeza</i>	50%	(9)	73%	(11)	60%	(9)
<i>Proviene de mí mismo</i> (“soy yo”)	11%	(2)	7%	(1)	20%	(3)
<i>Proviene del exterior</i> (“no soy yo”)	100%	(18)	93%	(14)	93%	(14)
<i>Es posible establecer un diálogo</i>	67%	(12)	33%	(5)	60%	(9)
<i>No es posible establecer un diálogo</i>	33%	(6)	67%	(10)	40%	(6)
<i>Las voces hablan en 2ª persona</i>	94%	(17)	93%	(14)	100%	(15)
<i>Las voces hablan en 3ª persona</i>	39%	(7)	23%	(3)	27%	(4)
<i>Las voces hacen un comentario</i>	72%	(13)	80%	(12)	47%	(7)

<sup>16</sup> Las características podrían variar según la voz.

<sup>17</sup> Muestra = 13 (2 no continuaron).

**Tabla 4**  
*Impacto de las Voces sobre las Personas*

<b>Tipo de Voz</b> (Nº de personas entre paréntesis)	<b>Esquizofrenia</b> (100% = 18)		<b>Trastornos Disociativos</b> (100% = 15)		<b>No pacientes</b> (100% = 15)	
Voces positivas	83%	(15)	67%	(10)	93%	(14)
Voces negativas	100%	(18)	93%	(14)	53%	(8)

  

<b>Tipo de Experiencia</b>	<b>Esquizofrenia</b>		<b>Trastornos Disociativos</b>		<b>No pacientes</b>	
Básicamente positiva	11%	(2)	13%	(2)	79%	(11) <sup>18</sup>
Neutra	22%	(4)	67%	(3)	21%	(3) <sup>18</sup>
Básicamente negativa	67%	(12)	67%	(10)	Ninguno <sup>18</sup>	

  

<b>Efecto</b>	<b>Esquizofrenia</b>		<b>Trastornos Disociativos</b>		<b>No pacientes</b>	
Atemorizante	78%	(14)	85%	(11) <sup>19</sup>	Ninguno <sup>18</sup>	
Perturbador	89%	(16)	100%	(13) <sup>19</sup>	27%	(4)
Interrupción de la vida diaria	100%	(18)	100%	(14) <sup>18</sup>	20%	(3)

**Tabla 5**  
*Influencia de las Personas sobre las Voces*

<b>Persona que escucha voces</b> (Nº de personas entre paréntesis)	<b>Esquizofrenia</b> (100% = 18)		<b>Trastornos Disociativos</b> (100% = 15)		<b>No pacientes</b> (100% = 15)	
Controla la situación	17%	(3)	7%	(1)	87%	(13)
Se siente impotente	72%	(13)	71%	(10) <sup>20</sup>	13%	(2)
Se rehúsa a cumplir órdenes	89%	(16)	67%	(10)	100%	(15)

18 Muestra = 14 (1 no continuó).

19 Muestra = 13 (2 no continuaron).

20 Muestra = 14 (1 no continuó).

**Tabla 6**  
*Desencadenantes Externos*

<i>Persona que escucha voces</i> (Nº de personas entre paréntesis)	<i>Esquizofrenia</i> (100% = 18)		<i>Trastornos Disociativos</i> (100% = 15)		<i>No pacientes</i> (100% = 15)	
<i>Circunstancias definidas<sup>21</sup></i>	77%	(13)	100%	(15)	53%	(8)

21 Las circunstancias o las situaciones que rodearon el comienzo de la escucha de voces según lo mencionado por los entrevistados: muerte de un ser querido (suicidio o no); comenzar a vivir de forma independiente; ruptura de una relación; tensiones graves dentro de la familia; inicio o finalización de un curso de formación/empleo; abuso físico; abuso sexual; enfermedad grave.

**Tabla 7**  
**Interpretación de la Persona sobre el Origen de las Voces**

<b>Origen mencionado</b> (N° de personas entre paréntesis)	<b>Todos</b> (100% = 18)	<b>Esquizofrenia</b> (100% = 18)	<b>Trastornos Disociativos</b> (100% = 15)	<b>No pacientes</b> (100% = 15)
<i>Una persona fallecida</i>	52% (25)	44% (8)	53% (8)	60% (9)
<i>Entidades externas</i>	52% (25)	56% (10)	27% (4)	73% (11)
<i>Otra persona</i>	46% (22)	56% (10)	60% (9)	20% (3)
<i>Un guía bondadoso</i>	44% (21)	39% (7)	20% (3)	73% (11)
<i>Un miembro de la familia</i>	38% (18)	39% (7)	53% (8)	20% (3)
<i>Un espíritu del pasado</i>	31% (15)	28% (5)	13% (2)	53% (8)
<i>Una forma de telepatía</i>	31% (15)	44% (8)	13% (2)	33% (5)
<i>Emociones de otras personas</i>	29% (14)	44% (8)	27% (4)	13% (2)
<i>Dioses, fantasmas, ángeles</i>	29% (14)	39% (7)	7% (1)	40% (6)
<i>Un don especial</i>	29% (14)	39% (7)	20% (3)	27% (4)
<i>El síntoma de una enfermedad</i>	25% (12)	56% (10)	7% (1)	7% (1)
<i>El dolor de otras personas</i>	23% (11)	33% (6)	7% (1)	27% (4)
<i>El Subconsciente</i>	21% (10)	22% (4)	13% (2)	27% (4)
<i>Un espíritu maligno o perverso</i>	19% (9)	44% (8)	0% (0)	7% (1)
<i>Un Dios bondadoso</i>	8% (4)	11% (2)	0% (0)	13% (2)



## **Cuestionario de creencias sobre las voces (BAVQ-R: Beliefs About Voices Questionnaire)<sup>22</sup>**

**M**uchas personas escuchan voces. Sus respuestas a este cuestionario nos serán útiles para entender cómo se siente con respecto a sus voces. Por favor, lea cada afirmación y marque la casilla que mejor describe la forma en que se sintió durante la semana pasada.

Si escucha más de una voz, por favor conteste el cuestionario con respecto a la voz que es dominante.

Gracias por su ayuda.

Nombre: .....

Edad: .....

---

<sup>22</sup> El BAVQ-R (Chadwick, Leeds y Birchwood, 2000) es una versión revisada del BAVQ (Beliefs About Voices Questionnaire, Chadwick y Birchwood, 1994). Queda prohibida su reproducción y utilización sin autorización previa de los autores.

	En desacuerdo	No estoy seguro(a)	Ligeramente de acuerdo	Completamente de acuerdo
1. Mi voz me está castigando por algo que he hecho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Mi voz quiere ayudarme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Mi voz es muy poderosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Mi voz me persigue sin motivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Mi voz quiere protegerme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Mi voz parece saber todo sobre mí	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Mi voz es malvada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Mi voz me ayuda a mantenerme cuerdo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Mi voz me obliga a hacer cosas que realmente no quiero hacer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Mi voz quiere hacerme daño	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Mi voz me está ayudando a desarrollar mis habilidades o poderes especiales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. No puedo controlar mis voces	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	En desacuerdo	No estoy seguro(a)	Ligeramente de acuerdo	Completamente de acuerdo
13. Mi voz quiere que haga cosas malas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Mi voz me está ayudando a alcanzar mi meta en la vida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Mi voz me hará daño o me matará si desobedezco o me resisto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Mi voz está tratando de corromperme o destruirme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Me siento agradecido por mi voz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Mi voz gobierna mi vida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Mi voz me tranquiliza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Mi voz me asusta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Mi voz me hace feliz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Mi voz hace que me sienta deprimido/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Mi voz hace que me sienta enfadado/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Mi voz hace que me sienta tranquilo/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Mi voz hace que me sienta ansioso/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	En desacuerdo	No estoy seguro(a)	Ligeramente de acuerdo	Completamente de acuerdo
26. Mi voz hace que me sienta seguro/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*Cuando escucho mi voz, usualmente ...*

27. Le digo que me deje solo/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Trato de concentrarme en otra cosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Trato de detenerla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Hago cosas para evitar que me hable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Me rehúso a obedecerle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. La escucho porque quiero	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Hago con gusto lo que me pide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. He empezado a hacer cosas para contactar con mi voz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. Busco el consejo de mi voz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## APÉNDICE 4

### Grupos nacionales de ayuda mutua

#### **Australia**

Power to Our Journeys. Grupo de ayuda mutua (véase Cap. 15).

#### **Austria**

No existe una organización nacional pero hay grupos en Viena, Graz y Linz.  
Coordinador Exit-Sozial: Chuck Schneider, Linz.

#### **Inglaterra**

The Hearing Voices Network (Red de escucha de voces), fue creada en Manchester en 1993 y cuenta con 71 grupos de ayuda mutua registrados (Enero de 2000).

Dirección: 91 Oldham Street, Manchester M4 1LW.

Tel. 0161-834 5768.

Contacto: Julie Downs.

#### **Finlandia**

Suomen Moniaanset (Red de escucha de voces).

Asociación central de usuarios de servicios de salud mental.

Contacto: Marja Vuorinnen, Helsinki.

#### **Alemania**

Deutsches Stimmenhörer Netzwerk, creada en 1997. Oficina en Berlín.

Organización de ayuda mutua Sekis.

Contacto: Hannelore Klafki.

#### **Japón**

Un grupo en Okayama y Tokio.

Coordinador: Prof. Wakio Sato, Okayama.

**Holanda**

Nacional Network "Resonance".

Contacto: Jeannette Woolthuis, Haarlem.

**Suecia**

Organización nacional integrante del RSMH, la organización sueca de usuarios.

Contacto: Liz Bodil, Estocolmo.

**Suiza**

Asociación suiza de usuarios.

Contacto: Jacob Litschnig, Zurich.

**Estados Unidos**

Nacional Empowerment Centre.

Contacto: Pat Deegan. Lawrence, Massachussets.

*Para obtener la información de contacto de estas organizaciones escribir a:*

**Intervoice**, The International Network for Training, Education and Research into Voices, c/o C. I.C., 2 Old Market Court, Miners Way Widnes, Cheshire WA8 7SP.

Intervoice es un foro que promueve la discusión y el debate sobre el significado de la experiencia de la escucha de voces y que toma en consideración los últimos avances en investigación y acción. Opera en diez países y tiene contactos en muchos otros países. Para mayores detalles sobre la afiliación e información sobre Intervoice email update, contactar con Paul Baker:

[p.cbaker@ctv.es](mailto:p.cbaker@ctv.es)

<http://www.hearingvoices.org.uk>

## BIBLIOGRAFÍA

- Alschuler, A. (1987) 'The world of the inner voice' unpublished data in Heery, M. W. 'Inner voice experiences' in Romme, M. & Escher, A. (eds) (1993) *Accepting Voices* (Mind, London).
- Andreasen, N. C. (1997) 'Our brave new world. Anatomische les' *De Volkskrant*.
- Appelo, M. T. (1997) 'De chronische valkuil' *Tijdschrift voor Psychiatrie* 4, 321-34
- Arntz, A. (1991) 'Principes en technieken van de cognitieve therapie' *Tijdschrift voor Directive Therapie* 11, 252-68, Themanummer Cognitieve Therapie.
- Assagioli, R. (1988) *Transpersonal Development* (Harper Collins, London).
- Barret, T. R., Etheridge, J. B. (1992) 'Verbal hallucinations in normals 1: people who hear "voices"' *Applied Cognitive Psychology* 6, 379-87.
- Beck, A. T. (1952) 'Successful out-patient psychotherapy of a chronic schizophrenic with a delusion, based on borrowed guilt' *Psychiatry* 15, 305-12.
- Beck, A. T., Rush A. J., Shaw B. F., Emery, G. (1979) *Cognitive Therapy of Depression* (Guilford Press, New York).
- Bentall, R. P. (ed.) (1990) *Reconstructing Schizophrenia* (Routledge, London/New York).
- Bentall, R. P., Jackson, H. F., Pilgrim, D. (1988) 'Abandoning the concept of "schizophrenia": some implications of validity arguments for psychological research into psychotic phenomena' *British Journal of Clinical Psychology* 27, 303-24.
- Bentall, R. P., Salde, P. D. (1994) 'Cognitive behaviour therapy for persistent auditory hallucinations from theory to therapy' *Behaviour Therapy* 25, 51-66.
- Bernstein, E. M., Putman, F. W. (1986) 'Development, reliability and validity of a dissociation scale' *Journal of Nervous and Mental Disease* 174, 727-35.
- Birchwood, M. (1986) 'Control of auditory hallucinations through occlusion of monoaural auditory input' *British Journal of Psychiatry* 149, 104-7.
- Birchwood, M. (1996) 'Early intervention in psychotic relapse' in Haddock, G., Slade, P. (eds) *Cognitive Behaviour Interventions with Psychotic Disorders* (Routledge, London/New York) 171-212.

- Bleuler, E. (1983) *Lehrbuch der Psychiatrie* (Springer-Verlag, Berlin).
- Bock, T. (1997) 'Dialoog-Psychiatrie' *Deviant* 15, 4-7.
- Bosch, R. J. van den (1990) 'Schizofrenie en andere functionele psychotische stoornissen' in Vandereyken, W., Hoogduin, C. A. L., Emmelkamp, P. M. G. (eds) *Handboek Psychopathologie 1* (Bohn Stafleu van Loghum, Houten/Antwerpen).
- Bosh, R. J. van der (1993) *Schizofrenie: Subjectieve Ervaringen en Cognitief Onderzoek* (Bohn Stafleu van Loghum, Houten).
- Bosch, R. J. van den, Louwerens, J. W., Slooff, C. J. (1994) *Behandelingsstrategien bij Schizofrenie* (Bohn Stafleu van Loghum, Houten).
- Bosga, D. (1993) 'Parapsychology and hearing voices' in Romme, M., Escher, A. (eds) *Accepting Voices* (Mind, London) 106-112.
- Bouvink, W. (1997) 'Overleven na de psychiatrie' *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid* 3, 232-40.
- Boyle, M. (1990) *Schizophrenia – A Scientific Delusion?* (Routledge, London).
- Brujin, G. de, (1993) 'PSI, psychology and psychiatry' in Romme, M. Escher, A. (eds) *Accepting Voices* (Mind, London) 38.
- Bucke, R. M. (1901) *Cosmic consciousness*.
- Chadwick, P., Birchwood, M. (1994) 'The omnipotence of voices' a cognitive approach to auditory hallucinations' *British Journal of Psychiatry* 164, 190-201.
- Chadwick, P., Birchwood, M. (1996) 'Cognitive therapy for voices' in Haddock, G., Slade, P. (eds) *Cognitive Behavioural Interventions with Psychotic Disorders* (Routledge, London/NewYork).
- Ciampi, L. (1987) 'Auf dem Weg zu einem kohärenten multidimensionalen Krankheits und Therapie Verständnis' in Böker, W. S. , Brenner, H. D. (eds) *Bewältigung der Schizophrenie* (Huber Verlag, Bern).
- Coelho, P. (1990) *Veronika Decides to Die* (Harper Collins, London).
- Coleman, R. (1996) 'We zijn lang genoeg slachtoffer geweest' *Deviant* 7, 12-14.
- Coleman, R. (1999) *Recovery – an Alien Concept* (Handsell Publishing, Gloucester).
- Coleman, R. Smith, M. (1997) *Working with Voices, Victim to Victor* (Handsell Publishing, Gloucester).
- Corstens, D. (2004) Praten met stemmen. *Directieve therapie*, 24, 54-68.
- Deegan, P. (1993) 'Recovering our sense of value after being labelled mentally ill' *Journal of Psychosocial Nursing* 31, 4, 7-11.
- Doorman, S. J. (1992) 'Het paranormale ter discussie' (Bureau Studium Generale, Rijksuniversiteit Utrecht) 9107, 9-26.

- Eaton, W. W., Romanoski, A., Anthony, J. C. *et al.* (1991) 'Screening for psychosis in the general population with a self-report interview' *Journal of Nervous and Mental Disease* 179, 689-93.
- Elfferich, I. J. M. (1993) 'a metaphysical perspective' in Romme, M., Escher, A. (eds) *Accepting Voices* (Mind, London) 99-106.
- Ensink, B. J. (1992) *Confusing Realities. A Study on Child Sexual Abuse and Psychiatric Symptoms* (Free University Press, Amsterdam).
- Ensink, B. J. (1994) 'Psychiatrische klachten na een misbruikverleden. Een onderzoek onder honderd vrouwen' *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid* 4, 387-404.
- Escher, A. (1993) 'Talking about voices' in Romme, M., Escher, A. (eds) *Accepting Voices* (Mind, London) 50-59.
- Evers, R., Velden, K. van der (1991) 'Cognitieve interventies bij patienten met waanachtige ideeën' *Tijdschrift voor Directieve Therapie* 11, 169-90.
- Faloon, I. R. H., Talbot, R. E. (1981) 'Persistent auditory hallucinations: coping mechanism and implications for management' *Psychological Medicine* 11, 329-39.
- Farkas, M. D., Anthony W. A. (1991) *Psychiatric Rehabilitation Programs* (The Johns Hopkins University Press, Baltimore).
- Fowler, D., Garety P., Kuipers, P., Kuipers, E. (1995) *Cognitive Behaviour Therapy for Psychosis* (Wiley, Chichester).
- Franz, T. T. (1984) 'Helping parents whose children have died' *Family Therapy Collections* 8, 11-26.
- Gaag, M. van der (1995) 'Omgaan met Stemmen' in Dingemans, P. M. A. H., Bosch, R. J. van den, Kahn, R. S., Schene, A. H. *Schizophrenie* (Bohn Stafleu van Loghum, Houten) 172-82.
- Gelder, M. Gath, D., Mayou R. (1991) *Oxford Textbook of Psychiatry* (Oxford University Press, Oxford).
- Goodwin, K., Jamison, K. R. (1990) *Manic Depressive Illness* (Oxford University Press, New York).
- Grof, S. (1989) 'Swimming in the same ocean' in Capra, F. (ed.) *Uncommon Wisdom. Conversations with Remarkable People* (Flamingo, London).
- Haddock, G., Bentall R. P., Slade, P. D. (1996) 'Treatment of auditory hallucinations' in Haddock, G., Slade, P. D. (eds) *Cognitive Behavioural Interventions with Psychotic Disorders* (Routledge, London/New York).
- Haddock, G. Slade, P.D. (eds) (1996) *Cognitive Behavioural Interventions with Psychotic Disorders* (Routledge, London/New York).

- Hamilton, M. (1960) 'A rating scale for depression' *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry* 23, 56-62.
- Hawton, K. et al. (eds) (1989) *Cognitive Behaviour Therapy for Psychiatric Problems. A Practical Guide* (Oxford University Press, Oxford).
- Heery, M. W., (1989) 'Inner voice experiences; an exploratory study of thirty cases' *Journal of Transpersonal Psychology* 21, 11, 7382.
- Herman, J. (1992) *Trauma and Recovery* (Pandora, London).
- Hirsch, S. R. (1982) 'Depression revealed in schizophrenia' *British Journal of Psychiatry* 140, 421-2.
- Hofman, A., Corstens, D. (1997) *Cognitieve therapie bij een psychotisch man Tijdschrift voor Directieve Therapie* 17, 97-109.
- Honing, A., Romme, M., Ensink, B. J., Escher, A., Pennigs, M., Vries, M. de (1998) 'Auditory hallucinations. A comparison between patients and non-patients' *Journal of Nervous and Mental Disease*, 186, 10, 646-50.
- Hoofdakker, R. H. van den (1995) *De mens als speelgoed* (Bohn Stafleu van Loghum: Houten).
- James, W. (1909) *Variations of religious experience*.
- Janssen, M., Geelen, K. (1996) *Gedeelde smart, dubbele vreugd*. Lotgenotencontact in de psychiatrie (Trimbos Instituut, Utrecht).
- Jaynes, J. (1976) *The Origins of Consciousness in the Breakdown of the Bicameral Mind* (Houghton Mifflin, Boston).
- Jenner, A., Monteiro, A. C. D., Zargalo-Cardoso, J. A., Cunha-Olievera, J. A. (1993) *Schizophrenia, a Disease or Some Ways of Being Human* (Sheffield Academic Press, Sheffield).
- Jenner, J. A. (1993) 'Anxiety management techniques' in Romme, M., Escher A. (eds) (1993) *Accepting Voices* (Mind, London) 214-20.
- Jenner, J. A., Feyen, L. (1991) 'Interventies bij patienten met auditieve hallucinaties' *Tijdschrift voor Psychotherapie* 17, 5, 297-309.
- Jenner, J. A., Gorcum, I. van, Wiersma, D. (1996) 'Coping training en cognitieve therapie bij schizofrenie-patienten met chronische en invaliderende hallucinaties: protocol voor behandeling' (interne puellikatie Psychiatrische Universiteitskliniek, Groningen).
- Johnston, B. (1995) 'The personal meaning of psychiatric experience'. Paper read at Intervoices conference, Maastricht, August 30.
- Jong, J. T. V. M. de (1987) *A Decent into African Psychiatry* (Royal Tropical Institute, Amsterdam).

- Jong, M. de (1995) *Met Elke Psychose Wordt Ik Slimmer* (Project clientdeskundigen in de GGZ, Groningen)
- Jong, M. de (1997) '60 ways to drop your client' Het Anti-participatie Boekje (Netwerk clientdeskundigen Np/CG, Utrecht).
- Jong, M. de (1997) 'Omgaan met een onbegrensde werkelijkheid' *Deviant* 113, 16-20.
- Jung, C. (1963) *Memories, Dreams and Reflections* (Fontana, HarperCollins).
- Kaplan, H. I., Saddock, B. J. (1989) *Comprehensive Textbook of Psychiatry* (Williams and Wilkins, Baltimore).
- Kingdom, D. G., Turkington, D. (1994) *Cognitive- Behavioral Therapy of Schizophrenia* (Guilford Press, New York/London).
- Kingdon, D. G., Turkington, D. (1996) 'Using a normalising rationale' in Haddock, G., Slade, P. (eds) *Cognitive Behavioural Interventions with Psychotic Disorders* (Routledge, London/New York).
- Kleinman (1988) *Rethinking Psychiatry from Cultural Category to Personal Experience* (The Free Press, New York)
- Kluft, R. P. (1987) 'First-rank symptoms as a diagnostic cue to multiple personality disorder' *American Journal of Psychiatry* 144, 3, 293-8.
- Krishnamurti (1991) *The Second Reader* (Arkana books, London/New York) 198.
- Laing, R. D. (1965) *The Divided Self* (Penguin).
- Lewinsohn, P. M. (1968) 'Characteristics of patients with hallucinations' *Journal of Clinical Psychology* 23, 423.
- Lieberman, R. P. (1988) *Psychiatric Rehabilitation of Chronic Mental Patients* (American Press Inc).
- Loenen, G. van (1997) 'Van chronische psychiatrische patient naar brave burger? Over de moraal van psychiatrische rehabilitatie' *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid* 7/8, 751-61.
- Malecki, R. (1998) Een boekje open over zelfhulp by stemmen horen (Stichting Weerklank Castricum, Netherlands).
- Maslow, A. (1968) *Towards A Psychology of Being* (Van Nostrand Reinhold Co, New York).
- Meyers, F. (1904) *Human Personality and its Survival of Bodily Death* (Longmans, Green and Company, New York)
- Neuchterlein, K. H., Dawson, M. E. (1984) 'A heuristic vulnerability/stress model of schizophrenic episodes' *Schizophrenia Bulletin* 10, 300-12.
- Neuchterlein, K. H., Dawson, M. E. , Gitlin, M. et al. (1992) 'Development processes in schizophrenic disorders; longitudinal studies of vulnerability and stress' *Schizophrenia Bulletin* 18, 387-425.

- O'Hagan, M. (1993) *Stopovers on my Way Home from Mars (Survivors Speak Out, London)*.
- Parker, J., Georgaca, E., Harper, D., McLaughlin, T., Stowel-Smith, M. (1995) *Deconstructing Psychopathology* (Sage, London).
- Pennings, M. H. A., Romme, M. A. J. (1997) *Gespreksgroepen voor Mensen die Stemmen Horen* (Rijksuniversiteit Limburg, Maastricht).
- Pennings, M. H. A., Romme, M. A. J., Buiks, A. J. G. M. (1996) 'Auditieve hallucinaties bij patienten ent niet-patienten' *Tijdschrift voor Psychiatrie* 38, 9, 648-60.
- Perris, C. (1989) *Cognitive Therapy with Schizophrenic Patients* (Guilford Press, New York).
- Posey, T. B., Losch, M. E. (1983) 'Auditory hallucinations of hearing voices in 375 normal subjects' *Imagination, Cognition and Personality* 3, 2, 99-113.
- Praag, H. M. van (1993) *Make-Believes in Psychiatry or The Perils of Progress* (Brunner/Mazel, New York).
- Read, J., Reynolds, J. (1996) *Speaking our Minds. An Anthology of Personal Experiences and its Consequences* (The Open University/Macmillan, London).
- Redfield, J. (1994) *De Celestijnse Belofte; Een Spiritueel Avontuur* (De Boekerj, Amsterdam).
- Reeves, A. (1997) *Recovery—A Holistic Approach* (Handsell Publishing, Gloucester).
- Robins, L. M., Wing, J., Wittchen, H. U. et al. (1988) 'The composite international diagnostic interview' *Archives of General Psychiatry* 46, 1069-77.
- Romme, M. A. J. (1996) *Understanding Voices* (Handsell Publications, Gloucester).
- Romme, M. A. J., Escher, A. D. M. A. C. (1989) 'Hearing voices' *Schizophrenia Bulletin* 15 (2) 209-16.
- Romme, M., Escher, A. D. M. A. C. (eds) (1990) *Stemmen Horen Accepteren* (Rijksuniversiteit Limburg, Maastricht).
- Romme, M. A. J., Escher, A. D. M. A. C. (eds) (1993) *Accepting voices* (Mind, London).
- Romme, M. A. J., Escher, A. D. M. A. C. (1996) 'Empowering people who hear voices' in Haddock, G., Slade, P. D. *Cognitive Behavioural Interventions with Psychotic Disorders* (Routledge, London).
- Romme, M. A. J., Honing, A., Noorthoom, O., Escher, A. D. M. A. C. (1992) 'Coping with voices: an emancipatory approach' *British Journal of Psychiatry* 161, 99-103.
- Ross, C. A., Pam, A. (1995) *Pseudo Science in Biological Psychiatry, Blaming the Body* (Wiley, London)

- Schemeidler, G. R. (1998) *Parapsychology and Psychology* (McFarland, Jefferson, NC).
- Schneider, K. (1959) *Clinical Psychopathology (5th edition)* (Grune & Stratton, New York).
- Schwartz, B. E. (1980) *Psychic Nexus* (Van Post & Reinhold, New York).
- Shepherd, G. (1989) *Rehabilitatie van de Chronische Psychiatrische Patient* (Bohn Scheltema en Holkema, Utrecht).
- Sidgewick, H. A. *et al.* (1894) 'Report of the census of hallucinations' *Proceedings of the Society of Psychological Research* 26, 259-394.
- Slade, P. D., Bentall, R. P. (1988) *Sensory deception* (Croom Helm Ltd, London).
- Smith, J. A., Tarrier, N. (1992) 'Prodromal symptoms in manic depressive psychosis' *Social psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 27, 245-248.
- Spinelli, E. (1987) 'Child development and G.E.S.P.: a summary' *Parapsychology Review*, 18, 5.
- Spitzer, M. (1988) *Halluzinationen; ein Beitrag zur Allgemeinen und Klinischen Psychopathologie* (Springer Verlag, Berlin).
- Stap, T. van der, Marrelo, A. van, (1993) 'Voices, religion and mysticism' in Romme, M. A. J., Escher, A. D. M. A. C. (eds) *Accepting Voices* (Mind, London) 96-9.
- Stewart, K. (1998) 'On pathologising discourse and psychiatric illness. An interview with Michael White' in White, M. *Re-authoring Lives* (Dulwich Centre, Dulwich Press, Adelaide).
- Stone, H., Winkelman, S. (1985) *Embracing ourselves*. Marina del Rey, California. Devorss & Company.
- Tarrier, N. (1992) 'Management and modification of residual positive psychotic symptoms' in Birchwood, M., Tarrier, T. (eds) *Innovation in the Psychological Management of Schizophrenia* (Wiley, Chichester).
- Thomas, P. (1997) *The Dialects of Schizophrenia* (Free Association Books, London/New York).
- Tien, A. Y. (1991) 'Distributions of hallucination in the population' *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 26, 287-92
- Vaughn, C. E., Leff, J. P. (1976) 'The influence of family and social factors on the course of psychiatric illness' *British Journal of Psychiatry* 129, 125-37.
- Ventura, J., Green, M. F., Shaner, A. *et al.* (1993) 'Training and quality assurance with the brief psychiatric rating scale: "The drift busters"' *International Journal of Methods in Psychiatric Research* 3, 221-4.

- Ventura, J., Ludoff, D., Neuchterlein, R. P., Green, M. F., Shaner, A. (1993) 'Brief psychiatric rating scale (BPRS) expanded version: scales, anchor points and administration manual' *International Journal of Methods in Psychiatric Research* 227-44.
- Weeghel, J. van (1995) *Herstelwerkzaamheden, Arbeidsrehabilitatie van Psychiatrische Patienten* (S. W. P., Utrecht).
- White, M. (1996) 'Power to our Journeys' *American Family Therapy Academy Newsletter Summer 1996*, 11-16.
- Wilber, K. (1995) *Sex, Ecology, Spirituality* (Shambhala, London).
- Willige, G. van de, Jenner, J. A., Wiezma, D. (1996) 'Effectiviteit van de behandeling op de stemmenpoli voor patienten met persisterende auditieve hallucinaties' (Interne publikatie Psychiatrische Universiteitskliniek, Groningen).
- Wing, J. (1983) 'Schizophrenia' in Watts, F. N., Bennett, D. H. (eds) *Theory and Practice of Psychiatric Rehabilitation* (Wiley, Chichester) 46-61.
- Wing, J., Cooper, J. E., Sartorius, N. (1974) *The Measurement and Classification of Psychiatric Symptoms* (Cambridge University Press, Cambridge/New York).
- Wittchen, H.U., Robins, L. N., Cottler, L. B., et al. (1991) 'Cross-cultural feasibility, reliability and sources of variance of the composite international diagnostic interview (CIDI)' *British Journal of Psychiatry* 159, 645-53.
- Yourcenar, M. R. (1982) *Met Open Ogen* (Ambo, Baam).
- Yusupoff, L., Tarrier, N. (1996) 'Coping strategy enhancement' in Haddock, G., Slade, P. (eds) *Cognitive Behavioural Interventions with Psychotic Disorders* (Routledge, London/New York).
- Zijlstra, W. (1988) 'Een poging tot theologische duiding' in Romme M., Escher, A., Habets, V. (eds) *Omgaan met Stemmen Horen* (Rijksuniversiteit Limburg, Maastricht).
- Zubin, J.m Spring, B. (1977) 'Vulnerability: a new view of schizophrenia' *Journal of Abnormal Psychology* 86, 103-26.
- Zung, W. K. A. (1960) 'Self-rating depression scale' *Archives of General Psychiatry* 12, 63-70.

# ENTREVISTA CON UNA PERSONA QUE ESCUCHA VOCES

**SANDRA ESCHER  
Y MARIUS ROMME**

PARA SER UTILIZADA CON EL LIBRO  
"DANDO SENTIDO A LAS VOCES.  
GUÍA PARA LOS PROFESIONALES DE LA SALUD MENTAL  
QUE TRABAJAN CON PERSONAS QUE ESCUCHAN VOCES"

Primera Edición actualizada en español, (2005)  
©FUNDACIÓN PARA LA INVESTIGACIÓN Y EL TRATAMIENTO DE LA  
ESQUIZOFRENIA Y OTROS TRASTORNOS para el XI Curso Anual de  
Esquizofrenia  
"Identidad, subjetividad y experiencias psicóticas", que se celebró en Madrid los  
días 2 y 3 de Diciembre de 2005.  
[www.cursoesquizofreniamadrid.com](http://www.cursoesquizofreniamadrid.com)

Primera edición inglesa (2000).  
**Mind Publications,**  
Granta House,  
15-18 Broadway,  
London E15 4BQ.

Versión original en holandés "Omgaan met stemmen horen" publicada por los  
autores en 1999.

© Marius Romme y Sandra Escher.

Todos los derechos reservados. Ninguna parte de esta obra puede reimprimirse,  
reproducirse o utilizarse en forma alguna, a través de medios electrónicos, mecá-  
nicos o cualquier otro disponible en la actualidad o creado en lo sucesivo, inclu-  
yendo fotocopiado y grabación, o a través de cualquier sistema de recuperación o  
almacenamiento de información, sin la autorización escrita de los editores.

Depósito legal: M-44489-2005  
ISBN: 84-609-7926-1

**Entrevista con una persona que escucha voces**

Nombre: .....

Dirección: .....

.....

Teléfono: .....

**Antecedentes:**

Fecha de nacimiento/edad: .....

Sexo: H / M

Estado civil: .....

Número de hijos: .....

Vivienda: .....

Situación laboral: .....

Nacionalidad/Origen étnico: .....

**Información referente al entrevistador:**

Nombre: .....

Fecha de la primera entrevista: .....

Fecha del seguimiento: .....

Historia N°: .....

### 1. LA NATURALEZA DE LA EXPERIENCIA

Este cuestionario ha sido diseñado especialmente para personas que escuchan voces. Tiene como objetivo ayudarle a lograr una mayor comprensión de su experiencia de la escucha de voces. También está diseñado para promover un diálogo entre nosotros acerca de su experiencia y de la forma en la que afronta las voces. Esto nos permitirá trabajar en conjunto y definir la mejor manera de relacionarse con ellas.

1.1 Me gustaría que me contara acerca de su experiencia de escuchar voces. ¿Cuántas voces escucha? ¿Escucha sonidos también? ¿Ve visiones?

.....  
.....  
.....  
.....

1.2 ¿Los sonidos/voces que escucha pueden ser escuchados también por otras personas?  
¿Puede explicar por qué?

.....  
.....  
.....  
.....

1.3 ¿De dónde provienen los sonidos/voces?, ¿dónde están situados?  
¿En su cabeza, sus oídos (izquierdo/derecho/ambos) o en otra zona de su cuerpo?

.....  
.....  
.....  
.....

1.4 Con respecto a las voces que escucha, ¿estas voces provienen de su propia persona o de otra persona? Estamos tratando de determinar de qué forma percibe las voces cuando aparecen. ¿Proviene de su interior (egosintónicas/"soy yo") o provienen de otra persona o de algo del exterior (egodistónicas/"no soy yo") ¿Puede explicar por qué?

.....  
.....  
.....  
.....

1.5 ¿Puede establecer un diálogo con las voces o comunicarse con ellas de alguna manera? ¿Puede dar un ejemplo?

.....  
.....  
.....  
.....

<p><b>Para ser completado por el entrevistador:</b> ¿la escucha de voces posee las mismas características o similares a las de una alucinación auditiva tal y como es definida en psiquiatría?</p> <p>El entrevistado puede escuchar voces que otras personas no pueden escuchar. .... si/no</p> <p>El entrevistado escucha voces a través de sus oídos ..... si/no</p> <p>El entrevistado escucha voces en su cabeza ..... si/no</p> <p>El entrevistado puede mantener un diálogo u otro método de comunicación ..... si/no</p> <p>Las voces se experimentan como "soy yo"(1) o "no soy yo"(2) ..... 1 / 2</p>
---

**2. LAS CARACTERÍSTICAS DE LAS VOCES**

2.1 ¿Escucha una o más voces? ¿Cuántas? ¿Siempre ha sido así? ¿Ha cambiado alguna vez el número de voces? ¿Las voces siempre han sido las mismas?

.....

.....

.....

2.2 ¿Puede indicar a quién pertenecen las voces y/o los nombres con los que usted las identifica? ¿Qué le dicen, en qué tono y con qué frecuencia las escucha?

Nº	Nombre	Edad	Sexo	Contenido/Tono	Frecuencia
1					
2					
3					
4					
5					
6					

2.3 ¿La actitud o el tono de las voces o de una de las voces le recuerda a alguien que conoce o ha conocido? Si es así ¿a quién?

.....  
.....  
.....  
.....

**3. HISTORIA PERSONAL DE LA ESCUCHA DE VOCES**

3.1 Volvamos a la época en la que usted empezó a escuchar las voces por primera vez. ¿Qué edad tenía cuando escuchó las voces por primera vez? ¿Puede recordar a qué edad comenzó a escuchar cada voz (véase 2.2)? ¿Durante qué otros períodos de su vida ha escuchado voces?

.....  
.....  
.....  
.....

3.2 ¿Puede describir las circunstancias en las que comenzó a escuchar cada voz?

.....  
.....  
.....  
.....

3.3 Hemos elaborado una lista del tipo de circunstancias y situaciones que las personas pueden experimentar en sus vidas. ¿Cuáles de estas situaciones le han ocurrido a usted? ¿A qué edad le ocurrieron?

<b>Circunstancias</b>	<b>si /no</b>	<b>Edad y año</b>
<b>Cambios estresantes</b>		
Vivir solo por primera vez		
Mudanza a un nuevo domicilio, escuela/ciudad o localidad		
Iniciar estudios / un curso		
Fracasar en un examen		
Estar desempleado / ser despedido / estar fuera del mercado		
Cambios en el puesto de trabajo / de estatus en el trabajo / de empleo		
Jubilación / incapacidad para trabajar		
Los hijos dejan del hogar		
Problemas económicos / deudas		
<b>Enfermedad y muerte</b>		
Lesión física o enfermedad grave		
Ingreso en hospital general o recibir anestesia		
Muerte de un familiar cercano o de un amigo íntimo		
Muerte de una mascota querida		
Enfermedad grave de un ser querido		
Ingreso en un hospital psiquiátrico		
Afrontar un suicidio o un intento suicida		
<b>Amor y sexualidad</b>		
Divorcio / ruptura de una relación íntima		
Menstruación problemática, embarazo no deseado		
Enamorarse y ser rechazado		
Fuertes tensiones en su hogar o en su relación		
Sentirse confrontado por tener una orientación sexual menos aceptada socialmente como la homosexualidad		
Cambios inesperados en sus relaciones tales como infidelidad por su parte o de su pareja		
<b>Religión, espiritualidad, experiencias místicas o cósmicas</b>		
Asistir a una sesión de espiritismo, ritual satánico, actividad espiritual		
Problemas con una comunidad religiosa / secta		
Otros		

- 3.4. ¿Existe alguna relación entre una o más de estas circunstancias y el hecho de que usted comenzara a escuchar voces o que cambiaran las características de las voces? En caso afirmativo ¿podría describir en qué forma?

.....  
.....  
.....

**4. ¿QUÉ DESENCADENA LAS VOCES?**

- 4.1 ¿Ha notado si las voces tienden a estar presentes cuando usted participa en ciertas actividades o que aparecen en cierto tipo de circunstancias? ¿Puede describirlas? (Por ejemplo, ir de compras, ver televisión, cocinar, estar solo/a en su habitación).

.....  
.....  
.....

- 4.2 ¿Cómo se siente al enfrentarse a este tipo de situación que, como se menciona anteriormente, desencadena las voces?

.....  
.....  
.....

- 4.3 ¿Hay momentos particulares (durante el día, la noche, el fin de semana, horas particulares) en los que las voces están presentes o ausentes? ¿Sabe por qué?

.....  
.....  
.....

4.4 ¿Ha notado si las voces provienen de ciertos objetos como el televisor, por ejemplo? ¿De qué objetos?

.....  
.....  
.....

4.5 ¿Ha notado si las voces están presentes cuando siente determinadas emociones? Revise la lista siguiente. ¿Las voces aparecen cuando usted experimenta emociones tales como:

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> inseguridad                      | <input type="checkbox"/> celos              |
| <input type="checkbox"/> miedo                            | <input type="checkbox"/> dolor/pérdida      |
| <input type="checkbox"/> duda                             | <input type="checkbox"/> cansancio          |
| <input type="checkbox"/> estar enamorado/a                | <input type="checkbox"/> tristeza/depresión |
| <input type="checkbox"/> rabia u hostilidad               | <input type="checkbox"/> felicidad          |
| <input type="checkbox"/> sus propias reacciones sexuales  | <input type="checkbox"/> soledad            |
| <input type="checkbox"/> las reacciones sexuales de otros |   |

4.6 ¿Puede describir la forma en que reaccionan las voces? (Por ejemplo, son agradables y útiles o atemorizantes y poco útiles) ¿Tienen algún efecto sobre la emoción que está experimentando, por ejemplo, haciendo que se sienta más o menos deprimido/a o más o menos feliz?

.....  
.....  
.....

## 5. EL CONTENIDO DE LAS VOCES

5.1 ¿Escucha voces positivas, amistosas? ¿Qué le dicen? Por favor, déme un ejemplo de las palabras exactas que utilizan.

.....  
.....  
.....

5.2 ¿Escucha voces negativas o poco amistosas? ¿Qué le dicen? Por favor, déme un ejemplo de las palabras exactas que utilizan.

.....  
.....  
.....

5.3 ¿Las voces que escucha hablan de temas/personas específicas? ¿Puede describirlas? ¿Qué le dicen las voces? ¿Se trata de temas que a usted también le interesan?

.....  
.....  
.....

**6. ¿CÓMO SE EXPLICA UD. EL ORIGEN DE LAS VOCES?**

6.1 Como persona que escucha voces probablemente Ud. ha deseado encontrar una explicación al hecho de escuchar voces. Probablemente ya haya desarrollado su propia interpretación acerca del significado de las voces al igual que los profesionales y como todos solemos hacer. Sin embargo, podemos no tener las mismas ideas ya que estamos formados para considerar el significado de las voces desde un marco de referencia diferente, por lo general, desde una perspectiva médica o biológica. Aquí lo que nos interesa es conocer lo que usted piensa que causa las voces y cómo las identifica.

Las voces son de una persona que está viva:

- 1. alguien que forma parte de su vida cotidiana ..... si / no
- 2. sus padres u otro miembro de la familia ..... si / no
- 3. alguien desconocido para usted ..... si / no

Las voces pertenecen a una persona que está muerta:

- 4. a quien usted conocía muy bien ..... si / no
- 5. a quien usted no conocía ..... si / no

Las voces son:

- 6. los síntomas de una enfermedad ..... si / no
- 7. una o más partes de su personalidad (de su subconsciente) si / no

Las voces son:

- 8. un buen guía ..... si / no
- 9. un fantasma o el espíritu de una persona del pasado (reencarnación) ..... si / no
- 10. dioses, fantasmas o ángeles ..... si / no
- 11. un dios bueno ..... si / no
- 12. un espíritu malo o el demonio ..... si / no
- 13. entidades (una persona o un poder espiritual que usted no puede ver pero que está ahí; usted siente o escucha una presencia) ..... si / no
- 14. percepciones extra-sensoriales (telepatía, médium) ..... si / no
- 15. provienen del dolor de otros o de algo que está a su alrededor ..... si / no

**Definición adicional por parte del entrevistador:**

.....

.....

.....

6.2 Me gustaría que comentáramos su interpretación sobre el origen de estas voces.

.....

.....

.....

**7. ¿QUÉ IMPACTO TIENEN LAS VOCES EN SU VIDA COTIDIANA?**

Me gustaría preguntarle cómo influyen las voces en su vida cotidiana.

7.1 ¿De qué forma tratan de influir sobre usted? Por favor, déme un ejemplo.

1. Le ofrecen la solución a un problema
2. Le dan consejo y ayuda
3. Describen lo que usted hace o lo que piensa
4. Hacen comentarios sobre lo que usted hace/piensa o sobre las personas con las que se relaciona
5. Controlan su pensamiento, por lo que no puede distinguirlo de las voces.
6. Lo insultan o critican duramente lo que está haciendo
7. Le prohíben que haga las cosas que le gusta hacer
8. Refuerzan sus sentimientos
9. Refuerzan lo que piensa
10. Lo interrumpen cuando está haciendo las cosas que disfruta
11. Interfieren en sus conversaciones con otra persona
12. Le ordenan hacer cosas

¿Cómo le afectan a usted y/o a otros la influencia de las voces? ¿Cómo consiguen causar este efecto, a través de su presencia o por la forma en que dicen las cosas?

.....

.....

.....

7.2 ¿Se siente feliz con algunas de las voces? ¿Por qué? ¿Ha sido siempre así?

.....  
.....  
.....

7.3 ¿Siente temor hacia a alguna de las voces? ¿Por qué? ¿Siempre le han atemorizado? Por favor, déme un ejemplo.

.....  
.....  
.....

7.4 ¿Las voces alteran sus actividades cotidianas? ¿En qué forma? ¿Qué consecuencias tiene esto? ¿Qué tan impotente le hacen sentir las voces? Por favor, déme un ejemplo.

.....  
.....  
.....

7.5 Usted experimenta las voces como:

- Predominantemente positivas .....si / no
- Predominantemente negativas .....si / no
- Predominantemente neutras .....si / no
- Tanto positivas como negativas .....si / no

## 8. EL EQUILIBRIO EN LA RELACIÓN

Me gustaría preguntarle qué tipo de relación tiene con las voces.

8.1 ¿Es capaz de ejercer algún tipo influencia sobre las voces? ¿Lo hace? Por favor, déme un ejemplo.

.....  
.....  
.....

8.2 ¿Puede controlar las voces? ¿Siempre ha sido así? Por favor, déme un ejemplo. Describa de qué modo las controla.

.....  
.....  
.....

8.3 ¿Puede mantener una conversación con las voces? ¿Lo hace? Cuando conversa con ellas, ¿habla en voz alta, mentalmente o de ambas formas? ¿Cómo reaccionan las voces? ¿Han actuado siempre de este modo? En caso negativo, ¿por qué? Por favor, déme un ejemplo.

.....  
.....  
.....

8.4 ¿Alguna vez llama a las voces? En caso afirmativo, ¿lo hace mentalmente o en voz alta?

.....  
.....

8.5 ¿Es capaz de negarse a cumplir órdenes? En caso afirmativo, ¿qué órdenes puede rehusarse a obedecer y cuáles no? ¿Qué sucede si usted se rehúsa a hacer lo que las voces le ordenan?

.....  
.....  
.....

8.6 ¿Puede desconectar de las voces y conectar con ellas de nuevo?

.....  
.....  
.....

8.7 ¿Puede concentrarse en las voces cuando están presentes de modo que sabe exactamente lo que le están diciendo? ¿Esto es diferente con cada voz y en cada ocasión? De ser así, ¿por qué? Por favor, déme un ejemplo.

.....

.....

.....

8.8 ¿Al escuchar las voces se concentra principalmente en ellas o en lo que está haciendo? ¿Esto es diferente con cada voz y en cada ocasión?

.....

.....

.....

**9. ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO**

Hemos hablado sobre su relación con las voces. Me gustaría saber qué hace exactamente cuando escucha las voces. Si la respuesta a cualquiera de las preguntas siguientes es si, por favor dígame cuántas veces la ha utilizado y cuál ha sido su efecto.

**Estrategias cognitivas**

	<b>Estrategia</b>	<b>si / no</b>	<b>En caso afirmativo, ¿funciona?</b>
9.1	Rechazar las voces		
9.2	Ignorar las voces		
9.3	Concentrarse en la escucha		
9.4	Escucha selectiva		
9.5	Pensar en otra cosa		
9.6	Llegar a un acuerdo con las voces		
9.7	Establecer límites		

**Estrategias conductuales**

	Estrategia	si / no	En caso afirmativo, ¿funciona?
9.8	Comenzar a hacer algo		
9.9	Irse de un sitio para tratar de escapar de las voces		
9.10	Telefonar o visitar a alguien		
9.11	Distraerse o entretenerse con algo		
9.12	Escribir lo que las voces le dicen		
9.13	Realizar ciertos rituales		

**Estrategias físicas**

	Estrategia	si / no	En caso afirmativo, ¿funciona?
9.14	Ejercicios de relajación (yoga)		
9.15	Tomar la medicación		
9.16	Consumir drogas o alcohol		
9.17	Comer		

**Conclusión**

9.18 ¿Qué estrategias de afrontamiento son las que más usa? ¿Con qué frecuencia? ¿Las emplea de manera sistemática? Si no es así, ¿por qué no?

.....  
 .....

9.19 ¿Qué efecto tienen las estrategias que utiliza con más frecuencia?

.....  
 .....

9.20 Cuando sabe que las voces estarán presentes en ciertas situaciones, considera diferentes formas de afrontar la situación, p. ej., buscando una alternativa, evitando la situación o no permitiendo que influyan sobre usted?

.....  
.....  
.....

9.21 En el pasado, ¿ha probado cosas que parecieron funcionar? ¿Por qué ya no emplea esas estrategias?

.....  
.....  
.....

## 10. EXPERIENCIAS DE LA INFANCIA

La infancia puede ser una experiencia muy diferente para cada uno de nosotros, a algunas personas les gusta recordar su infancia mientras que otras prefieren dejarla atrás lo más pronto posible. ¿Cuál es su percepción acerca de su infancia?

10.1 ¿Su infancia fue alegre o difícil? ¿Podría describir cómo fue su infancia?

.....  
.....  
.....

10.2 ¿Se sentía seguro en la escuela, en la calle y/o en el hogar? Si no fue así, por favor explique por qué.

.....  
.....  
.....

10.3 ¿Alguna vez fue maltratado cuando era niño? ¿De qué forma?

.....  
.....  
.....

10.4 ¿Recibió castigos extraños cuando era niño? Por ejemplo ¿lo encerraron en un cuarto de baño o lo amarraron alguna vez?

.....  
.....  
.....

10.5 ¿Le gritaron o despreciaron alguna vez cuando era niño o adolescente? ¿Alguna vez tuvo la sensación de no haber sido un niño deseado o de que nunca sería capaz de hacer algo bien?

.....  
.....  
.....

10.6 ¿Ha presenciado alguna vez el maltrato de otro miembro de la familia? ¿De quién?

.....  
.....  
.....

10.7 ¿Ha presenciado alguna vez una situación de abuso sexual en la familia o en algún otro lugar? ¿De quién?

.....  
.....  
.....

10.8 ¿Ha tenido alguna vez contacto sexual contra su voluntad, es decir, por la fuerza y en una situación de la que no podía escapar? Por favor, describa la situación.

.....  
.....  
.....

**11. HISTORIA DE TRATAMIENTO**

11.1 Me gustaría saber algo acerca de su historia médica. Por ejemplo ¿alguna vez a asistido a un servicio psiquiátrico o ha visto a un psicólogo, terapeuta o consejero? Si es así, ¿qué tipo de ayuda recibió y por cuánto tiempo?

Año	Hospital/Ambulatorio	Tipo de terapia	Duración	Motivo de consulta (voces, otro)

11.2 ¿Le contó a alguno de estos profesionales acerca de sus voces?

.....  
 .....

11.3 ¿Qué hicieron con respecto a las voces, p. ej., le prescribieron medicación? Si fue así, ¿cuál? ¿recibió psicoterapia u otro tipo de terapia?

.....  
 .....

11.4 ¿Alguna vez ha buscado la ayuda de profesionales de las terapias alternativas o complementarias, tales como acupuntura, fitoterapia, bioenergética, homeopatía, curación paranormal, terapia regresiva/de vidas pasadas, etc.? ¿Le fue útil?

.....  
 .....

**12. RED SOCIAL**

El contacto con otras personas es una parte importante de la vida. Por tanto, me gustaría pedirle que me cuente acerca de las personas con las que tiene una relación personal y también acerca de cualquier otra persona que sea importante para usted. El orden no es importante y no es necesario que dé nombres, bastará con las iniciales o una descripción del tipo "mi hijo". También me gustaría saber si ellos tienen conocimiento de la presencia de las voces y si usted puede hablar con ellos acerca de las voces.

<b>N°</b>	<b>Nombre</b>	<b>Conoce la existencia de las voces: si / no</b>	<b>Puede hablar con ellos acerca de las voces: si / no</b>
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

### 13. PREGUNTAS

¿Hay otros aspectos relacionados con su experiencia que no hayamos comentado y de los cuales le gustaría hablar? ¿Tiene alguna otra pregunta? ¿Tiene algo más que añadir?



**FUNDACIÓN PARA LA INVESTIGACIÓN Y EL TRATAMIENTO DE LA  
ESQUIZOFRENIA Y OTRAS PSICOSIS**

**LA ESQUIZOFRENIA**

Sus orígenes y su tratamiento adaptado  
a las necesidades del paciente

**YRJO ALANEN**

**2003**

**LA INTERVENCIÓN PRECOZ  
EN LA PSICOSIS**

Guía para la creación de servicios de  
intervención precoz en la psicosis

**JANE EDWARDS Y PATRICK D. MCGORRY**

**2004**



Fundación para la  
Investigación y Tratamiento  
de la esquizofrenia  
y otras psicosis



9 788460 978265