



ESCUCHADORES DE VOCES: UN CAMBIO DE PARADIGMA PARA LA ESQUIZOFRENIA



OLGA RUNCIMAN

Psicóloga especialista en la ayuda a las personas con psicosis.
Slotsvænget. Kongens Lyngby
(Dinamarca).

El fenómeno de escuchar voces o experimentar otras percepciones inusuales siempre ha existido, pero se le ha atribuido explicaciones y funciones distintas dependiendo de la época y de la cultura en la que ocurría. Oír voces se ha interpretado como un don divino o se ha demonizado como símbolo de lo oculto, mientras que hoy en día se considera un síntoma de una de las enfermedades mentales más graves: la esquizofrenia. La psiquiatría académica contempla la esquizofrenia como una enfermedad biogenética cerebral crónica que debe tratarse con neurolépticos. Pero ¿está en lo cierto?

El Movimiento Internacional de Escuchadores de Voces (HVM, por las siglas en inglés de: Hearing Voices Movement) ha puesto en tela de juicio esta concepción, pero, para entenderlo, es necesario repasar brevemente la historia del modelo de la recuperación (*recovery*).

El enfoque de la recuperación surgió al mismo tiempo que el movimiento por los derechos civiles, en la década de 1960, y a menudo se le asoció al movimiento antipsiquiatría, a pesar de que este último fuera un movimiento de intelectuales¹, no de pacientes. Sin embargo, el mero hecho de que algunas personas diagnosticadas de esquizofrenia se estuvieran recuperando por completo de algo que no se consideraba posible planteaba un desafío a la psiquiatría. Uno de los aspectos fundamentales de este desafío lo constituye apuntar a desentrañar el significado de los relatos personales, ya que, si la locura cobra sentido, resulta difícil mantener el modelo médico como solución viable para los supuestos esquizofrénicos, pues dicho modelo se basa en que la locura carece de sentido^{2,3}. El HVM cuestiona esta idea de la falta de sentido abriendo espacios para las interpretaciones

Correspondencia: O. Runciman.
Correo electrónico: orunciman@gmail.com

La HVN ha creado una sólida tradición de apoyo mutuo donde las personas se encuentran en un lugar seguro y comparten experiencias

alternativas de lo que significa el malestar psíquico, así como ofreciendo la posibilidad de agencia y empoderamiento, algo que la psiquiatría tradicional, con su enfoque biogenético, no consigue lograr. ¿En qué consiste el HVM, entonces?

LA RED DE ESCUCHADORES DE VOCES

La Red Internacional de Escuchadores de Voces (HVN, del inglés Hearing Voices Network) existe desde hace más de 25 años y se encuentra en 30 países, de los que España ha sido una de las incorporaciones más recientes. La HVN se inspira en las innovadoras investigaciones del Prof. Marius Romme y la Dra. Sandra Escher, quienes, a raíz de su trabajo, abogaron por una aproximación radicalmente nueva y un profundo cambio de perspectiva sobre los síntomas tradicionalmente asociados a la esquizofrenia: oír voces. Estas manifestaciones se habían considerado síntomas de una enfermedad biológica con etiología genética, sin embargo, Romme y Escher establecieron que las voces tenían significado y cobraban sentido si se

analizaban conjuntamente con los acontecimientos vitales traumáticos que las provocaban^{4,5}. Ellos y otros investigadores⁶⁻⁹ señalan que hasta el 75 % de las personas que oyen voces han sufrido alguna experiencia traumática relacionada con esas voces.

La HVN es un influyente movimiento colectivo que critica abiertamente los roles relacionales de la psiquiatría tradicional del «paciente receptor pasivo» y el «clínico experto dominante» y ha creado, en su lugar, espacios donde personas de muchas disciplinas trabajan conjuntamente para lograr entender mejor a las personas que escuchan voces, tienen visiones o experimentan sensaciones táctiles y otras percepciones sensoriales. La HVN ha creado una sólida tradición de apoyo mutuo donde las personas se encuentran en un lugar seguro y comparten experiencias, «sin la amenaza de la censura, la privación de libertad o la medicación forzosa, consecuencias todas ellas del acto de sincerarse en los escenarios de la psiquiatría tradicional»¹⁰. Asimismo, la HVN ha desarrollado, investigado y publicado sus propias metodologías, técnicas y narrativas al margen de la psiquiatría para ayudar a quienes

tienen problemas con las voces, las visiones, etc. Una de estas publicaciones, el libro *Living with voices* [Viviendo con las voces] (2010)¹¹, una antología de 50 relatos de personas de muchos países distintos que oyen voces y que han aprendido a convivir con ellas aceptándolas, subraya varios aspectos clave:

- Las voces son una estrategia de supervivencia que indican la existencia de problemas pasados o presentes utilizando, a menudo, un lenguaje metafórico para representar las emociones disociadas del yo y que cuentan historias sobre acontecimientos que suelen ser desagradables y que, atacándola, protegen la identidad de la persona.
- Los traumas por abusos sexuales, negligencia emocional, maltrato físico o acoso escolar son un tema predominante y resulta evidente que estos acontecimientos desempeñan un papel esencial en el desarrollo de creencias/experiencias inusuales.
- La recuperación no consiste en deshacerse de las voces, sino en entender sus mensajes y modificar la relación con ellas, de forma que puedan resultar útiles y dejar de ser tan dañinas.
- Curiosamente, otro de los datos que se extraen de estos 50 relatos es que la recuperación solo fue posible al margen de la psiquiatría.



Así pues, con la HVN, la locura se sitúa en un contexto en el que puede ser comprensible, lo que contradice a quienes consideran estas experiencias irracionales o síntomas de un fenómeno biológico subyacente. Por lo tanto, dependiendo de la perspectiva desde la que se interpreten los síntomas típicamente adscritos a la esquizofrenia, pueden aparecer o desaparecer diferentes realidades; de ahí lo interesante de adoptar la perspectiva de las realidades múltiples. Aunque la psiquiatría es capaz de definir los síntomas que se atribuyen a la esquizofrenia, su incapacidad para relacionarlos de una manera convincente con esta enfermedad la obliga a tener que resolver continuamente estas incoherencias, lo que hace que sus suposiciones resulten poco claras y discutibles¹².

CASOⁱ

Peter tenía 27 años cuando se puso en contacto conmigo en un estado de gran angustia. De hecho, estaba tan angustiado que, al principio, su lenguaje me resultaba incomprensible, porque las palabras y las frases que pronunciaba estaban desordenadas. Todo lo que pude decirle tras el primer encuentro fue: «No sé lo que te ha pasado, pero te creo». Sin embargo, decirle que le creía resultó ser

un punto de inflexión, ya que, antes de eso, se le había sometido a muchos tratamientos psiquiátricos forzosos y sus intentos de comunicarse se habían interpretado como un síntoma de la esquizofrenia.

Desde el punto de vista de la psiquiatría, Peter cumplía los criterios para ser diagnosticado de esquizofrenia. Oía voces, tenía ideas delirantes, porque hablaba de signos o códigos que estaban escritos en las paredes de la ciudad, que se emitían en la televisión o que le comunicaban por teléfono, y expresaba todo esto a través de un velo de pensamientos, discurso e inferencias desorganizados. Había perdido su red de contactos sociales previa y el único contacto social que le quedaba eran sus padres. Se determinó que no tenía conciencia de la enfermedad, porque se negaba a aceptar que fuera esquizofrénico. Todo ello desembocó en múltiples períodos de tratamiento forzoso y, durante los cinco años anteriores a conocerle, se consideró que cada vez estaba más afectado por la enfermedad, dado que sus habilidades comunicativas se habían vuelto progresivamente más desorganizadas. La psiquiatría es el discurso hegemónico en la sociedad y ostenta el poder de definir e interpretar la realidad. No obstante, aunque, a todos los efectos, Peter

concordaba con lo que la sociedad define como esquizofrénico, su historia seguía oculta, sin comprobar si encajaba en la narrativa psiquiátrica de la esquizofrenia.

Así, cuando lo conocí cinco años después de que se convirtiera en un paciente psiquiátrico, se había encerrado en un mundo propio lleno de miedo, voces y mensajes que necesitaban descodificarse.

¿Qué fue lo que empezó a ayudar?

Una de las hipótesis primarias del HVM es que las voces, delirios, etc. tienen significado y son contextuales. Romme y Escher han desarrollado la entrevista de Maastricht, cuyo objetivo principal es ayudar a descubrir a quién representan las voces y qué problemas simbolizan. La guía para la entrevista también sirve de orientación, por ejemplo, a los profesionales de enfermería no tan experimentados en hablar sobre las voces, de forma que puedan trabajar conjuntamente con la persona que escucha voces para encontrar el significado y los puntos en común. Sin embargo, en el caso de Peter, la entrevista de Maastricht no resultaba adecuada, porque se encontraba demasiado ansioso y desorganizado.

Durante los primeros encuentros, Peter hablaba sin parar y, con

ⁱPeter no es su nombre real; se han modificado los hechos para preservar el anonimato.

el tiempo, dejó de estar tan agitado, mostraba más claridad y aparecieron tres temas principales. 1) Estaba convencido de que tenía sida y de que había una conspiración para mentirle, aunque los resultados fueran invariablemente negativos. 2) Tenía una misión que le había dictado su voz dominante: «El Mensajero». Debía descifrar el código para ayudar a toda la humanidad, pero, si lo descifraba incorrectamente, sucederían cosas terribles. 3) Quería estar con la gente, pero, en el momento en que esto ocurriera, «El Informador» les contaría a través de los medios de comunicación que era gay o pedófilo y la gente le despreciaría y le rechazaría.

Peter estaba aterrado ante la idea de estar muriéndose de sida y esta era la principal fuente del miedo; era el primer problema que debía abordarse. Diseñó un plan para asegurarse de que no se pudieran falsificar los resultados cuando le hicieran análisis, ocultando su identidad para que las pruebas fuesen anónimas. Una vez Peter se convenció de que no tenía sida, sus niveles de ansiedad disminuyeron considerablemente y pudo empezar a hablar sobre su «misión», sus voces y el miedo a que la gente le odiara y le despreciara porque las voces les contarán cosas de él a través de los medios de comunicación.

Poco a poco, fue capaz de hablar sobre una vida llena de traumas. Dos hombres que eran ami-

Las voces son una estrategia de supervivencia que indican la existencia de problemas pasados o presentes utilizando, a menudo, un lenguaje metafórico para representar las emociones disociadas del yo

gos de sus padres habían abusado sexualmente de él desde una edad muy temprana. Estos abusos cesaron cuando empezó a ir al colegio, pero allí fue víctima de acoso escolar y, aunque cambió de colegio en repetidas ocasiones, solo hubo uno en el que era popular y tenía amigos. A los 12 años, fue brutalmente violado por un hombre. No se lo contó a nadie; en lugar de eso, se convenció de que moriría de sida a los 22 años. A esa edad, no murió, sino que se volvió «loco».

Curación

Gradualmente, Peter descubrió que «El Mensajero» era el hombre que le había violado. Lo descubrió mientras se enfrentaba a la violación. Ocurrió algo muy significativo: Peter se dio cuenta de que aparentemente había dicho algo, una palabra o palabras, que hicieron que el hombre detuviera inmediatamente el violento abuso y se fuera a preparar una taza de té para cada uno. Peter se encontró en la extraña situación de estar tomando té y charlando en la cocina de aquel hombre. Peter creía

que había sido culpa suya, que él era el responsable, porque, si hubiera descifrado el código y hubiera encontrado las palabras mágicas, habría podido impedir que le violara. Cuando a los 22 años no murió de sida, apareció «El Mensajero»; esta vez debía descifrar un nuevo código y encontrar las palabras que salvarían a la humanidad o la condenarían: una enorme y aterradora responsabilidad.

Peter fue capaz de relacionar a «El Mensajero» con el violador asociando las similitudes. Estaba convencido de que se habría podido salvar si hubiera sabido qué palabras clave habrían detenido la violación, y no haber sabido nunca lo que dijo exactamente le llenó de culpabilidad, responsabilidad y vergüenza. Eso significaba que ahora tenía la misión de descifrar el código, pero, al estar disfrazada de misión para salvar a la humanidad, no había podido relacionarla con el trauma al que había estado expuesto. Esto estaba íntimamente relacionado con el tema expresado por la otra voz a la que él llamaba «El Informador». Poco a poco, Peter fue capaz de afron-



tar el hecho de que era gay, pero, dado que sus únicas experiencias con los hombres habían sido los abusos sexuales a través de la violación y la pedofilia, no podía identificarse con ser gay, ya que eso significaría que él era también un abusador sexual. Así pues, «El Informador» representaba este devastador problema de identidad: era gay, algo inaceptable para él. Pudo modificar su relación con esa voz cuando empezó a asistir a las reuniones de un grupo de escuchadores de voces, donde conoció a otras personas que también habían sufrido abusos sexuales, incluido un hombre que, como él, era gay y también tenía problemas de identidad.

Actualmente, Peter trabaja de mecánico a tiempo parcial y tiene amigos. Todavía oye voces y, a menudo, siente que su mundo está lleno de signos, pero ya no está asustado. Ve estas experiencias como elementos positivos en su vida, ahora que les ha encontrado el significado y las entiende.

Los médicos, al insistir en que estaban ante un fenómeno denominado esquizofrenia, creían que estaban ayudando a Peter cuando abordaban su caso desde ese punto de vista. El negarse a reconocer que sufría esquizofrenia se interpretó como un signo de enfermedad y se le sometió a tratamiento de forma forzosa. Muchas personas asocian el hecho de recibir medicación inyectable de mane-

ra forzosa a la violación, que es lo que le sucedió a Peter. Se vio en la situación de intentar encontrar las palabras —el código— para detener lo que le estaba pasando, expresándose de una manera que respaldaba lo que la sociedad dominante entiende por esquizofrenia y que tuvo como resultado la administración de más tratamientos. Perder el lenguaje coherente le garantizaba que no diría el código erróneo, pero, a los ojos de la psiquiatría tradicional, era claramente un esquizofrénico.

CONCLUSIÓN

Es de esperar que el sistema psiquiátrico evolucione y que los psiquiatras, las enfermeras y otros profesionales vayan siendo cada vez más conscientes del impacto que los traumas y otras vivencias tienen en la psique. Escuchando las historias de las personas, ayudándoles a encontrar el significado y a entenderlo, y contextualizando los síntomas, se puede cambiar profundamente no solo la vida del paciente, sino también el propio papel como cuidador profesional.

BIBLIOGRAFÍA

1. Rissmiller DJ, Rissmiller JH. Evolution of the antipsychiatry movement into mental health consumerism. *Psychiatr Serv.* 2006;57(6): 863-6.

2. Bracken P, Philip T. *Postpsychiatry mental health in a postmodern world.* 1.ª ed. Nueva York: Oxford University Press; 2006.
3. Geekie J, Read J. *Making sense of madness. Contesting the meaning of schizophrenia.* 1.ª ed. Nueva York: Routledge; 2009.
4. Romme M, Escher S. *Accepting voices.* 1.ª ed. Londres: Mind Publications; 1993.
5. Romme M, Escher S. *Making sense of voices.* 1.ª ed. Londres: Mind Publications; 2000.
6. Read J, van Os J, Morrisson AP, Ross CA. Childhood trauma, psychosis and schizophrenia: a literature review with theoretical and clinical implications. *Acta Psychiatr Scand.* 2005;112(5):330-50.
7. Johnstone L. Can trauma cause 'psychosis'? Revisiting (another) taboo subject. *JPCP.* 2007;7(4): 211-20.
8. Hammersley P, Read J, Woodall S, Dillon J. Childhood trauma and psychosis: the genie is out of the bottle. *J Psychol Trauma.* 2008; 6(2-3):7-20.
9. Moskowitz A, Corstens D. Auditory hallucinations: psychotic symptom or dissociative experience? *J Psychol Trauma.* 2008;6(2-3):35-63.
10. Dillon J. The personal is political. En: Rapley M, Moncrieff J, Dillon J (eds.). *De-medicalizing misery: psychiatry, psychology and the human condition.* 1.ª ed. Nueva York: Palgrave Macmillan; 2011.
11. Romme M, Escher S, Dillon J, Corstens D, Morris M. *Living with voices: 50 stories of recovery.* 1.ª ed. Ross-on-Wye: PCCS BOOKS Ltd; 2009.
12. Whitaker R. Anatomía de una epidemia. Medicamentos psiquiátricos y el asombroso aumento de las enfermedades mentales Madrid: Capitán Swing Libros S. L.; 2015.