

EL SIGNIFICADO DE LAS VOCES: VIVENCIAS DE PERSONAS CON ALUCINACIONES AUDITIVAS Y APORTACIONES PARA LA MEJORA DE LOS CUIDADOS ENFERMEROS

MÍRIAM EUSEBIO MADRIGAL¹, LAURA CALDERÓN JIMÉNEZ²,
MARTA BUSTOS FERNÁNDEZ³, AITANA GARCÍA MUÑOZ¹ Y YAIZA LASSO DELGADO¹

¹Enfermera especialista en salud mental. Unidad de Hospitalización Breve de Psiquiatría.
Hospital Universitario Fundación Alcorcón (Madrid).

²Enfermera especialista en salud mental. Centro de Salud Mental de Parla (Madrid).

³Enfermera especialista en salud mental. Unidad Hospitalaria de Tratamiento y Rehabilitación.
Hospital Universitario José Germain. Leganés (Madrid).

RESUMEN

Objetivo: analizar la vivencia subjetiva de personas que experimentan alucinaciones auditivas en forma de voces para identificar oportunidades de mejora en los cuidados enfermeros.

Material y métodos: estudio cualitativo con diseño basado en la teoría fundamentada. Se realizó un muestreo intencional hasta la saturación teórica. Participaron 14 personas adultas residentes en España con experiencia actual o pasada de alucinaciones verbales auditivas, reclutadas en asociaciones de salud mental y un centro de rehabilitación psicosocial. Se llevaron a cabo ocho entrevistas individuales y un grupo de discusión (tamaño de la muestra [n] = 6), mediante un guion semiestructurado centrado en impacto, significado atribuido, afrontamiento y redes de apoyo. El análisis se realizó con el método de comparación constante de Glaser y Strauss, utilizando codificación abierta, axial y selectiva.

Resultados: emergieron cuatro categorías: (1) impacto de las alucinaciones verbales auditivas (pensamientos, emociones y conductas cambiantes a lo largo del tiempo); (2) significado atribuido a las voces (interpretaciones iniciales diversas y posteriores resignificaciones); (3) vivencia del proceso (recuerdo generalmente traumático, estigma, soledad y dificultades en autocuidado, junto con estrategias de afrontamiento basadas en externalización, apoyo entre iguales y aceptación); y (4) enfermería y otras redes de apoyo (apoyo percibido heterogéneo y escaso abordaje explícito de las voces en la práctica habitual).

Conclusiones: las personas que escuchan voces demandan cuidados enfermeros más activos, personalizados y centrados en la experiencia. Integrar intervenciones específicas para el abordaje de las voces podría reducir el sufrimiento, favorecer el afrontamiento y mejorar la calidad de vida.

Palabras clave: alucinaciones; enfermería psiquiátrica; salud mental; atención de enfermería; percepción.

Correspondencia: Míriam Eusebio Madrigal
Correo electrónico: miriam.eusebio@salud.madrid.org

INTRODUCCIÓN

Las alucinaciones auditivas constituyen un tipo de percepción sensorial que se produce en ausencia de estímulos externos, pero que es vivida por la persona que las experimenta como real¹. Se presentan con mayor frecuencia en personas con trastornos de salud mental, especialmente, en la esquizofrenia, aunque también se observan en el trastorno bipolar, el trastorno por estrés postraumático o los trastornos de la conducta alimentaria, entre otros. Asimismo, pueden aparecer asociadas a determinadas afecciones médicas, como fiebre elevada, alteraciones del nivel de consciencia, síndrome de abstinencia de sustancias o trastornos neurológicos, y también en una minoría de la población sin patología psiquiátrica diagnosticada²⁻⁴.

Las voces, como forma específica de alucinación auditiva, presentan características propias del lenguaje y poseen un significado personal para quien las escucha¹. Su aparición puede desencadenar una amplia variedad de pensamientos, emociones y conductas que, en muchos casos, resultan muy perturbadores para las personas que los experimentan².

Tradicionalmente, las alucinaciones verbales auditivas se han asociado a un elevado malestar psicológico, a la interferencia en el desempeño de las actividades de la vida diaria debido a su carácter intrusivo e incontrolable, al contenido negativo de las voces y al riesgo potencial para la propia persona o para terceros derivado de conductas inducidas por estas experiencias^{1,5}. No obstante, investigaciones más recientes han puesto de manifiesto que la experiencia de escuchar voces no es homogénea y que, en determinados casos, pueden identificarse aspectos positivos, especialmente, cuando la persona logra desarrollar mayor control sobre las voces y establecer con ellas una relación menos amenazante y más constructiva¹.

Hasta la fecha, la mayor parte de la literatura científica sobre las alucinaciones verbales auditivas se ha basado en estudios cuantitativos, fundamentalmente, revisiones bibliográficas, centradas en identificar tratamientos dirigidos a reducir la intensidad o frecuencia de las voces², analizar su contenido negativo⁶, comprender los procesos terapéuticos implicados, promover la atención plena y la aceptación⁷, o proponer nuevas recomendaciones clínicas⁸. Asimismo, existen ensayos clínicos y estudios mediante encuestas que evalúan la efectividad de distintas intervenciones terapéuticas^{4,9-12}.

Paralelamente, se han desarrollado estudios cualitativos —principalmente, de enfoque fenomenológico—, que exploran las vivencias subjetivas de las personas que escuchan voces con el objetivo de mejorar la comprensión y la gestión de estas experiencias. Estos trabajos plantean un cambio de enfoque, centrado en las dificultades del individuo y en el análisis de sus experiencias, relaciones y contextos sociales para diseñar intervenciones más ajustadas a sus necesidades^{5,13,14}.

Este escenario refleja el debate aún vigente entre profesionales de la salud mental en relación con el abordaje de las alucinaciones verbales auditivas. Mientras algunos enfoques priorizan el tratamiento farmacológico, otros apuestan por intervenciones psicoterapéuticas y psicosociales, como los grupos de apoyo^{14,15}, la terapia cognitivo-conductual grupal¹⁰ o la terapia centrada en la compasión¹. A pesar de la evidencia disponible, se reconoce que la farmacoterapia, por sí sola, resulta insuficiente para abordar de manera integral esta experiencia^{5,7}.

Se ha demostrado que mejorar la relación de la persona con sus voces y fomentar su participación activa en el proceso terapéutico contribuye a un mayor *insight* y a una mejor adherencia al tratamiento^{16,17}. Asimismo, una vivencia subjetiva más positiva, caracterizada por mayor control, menor

temor y una percepción menos amenazante de las voces, junto con la posibilidad de compartir la experiencia con otras personas en situaciones similares, favorece la esperanza y reduce el aislamiento social^{8,18,19}.

Se estima que, aproximadamente, un 10 % de la población general ha experimentado alucinaciones verbales auditivas en algún momento de su vida²⁰. Estas experiencias no siempre se asocian a trastornos psiquiátricos graves; sin embargo, en numerosos casos, generan un elevado sufrimiento debido a su persistencia, intensidad o contenido, con un impacto significativo en la calidad de vida^{9,16,20}.

Pese a esta prevalencia, existe una escasez de estudios centrados específicamente en las intervenciones enfermeras dirigidas a personas que escuchan voces. La mayoría de la bibliografía aborda innovaciones desarrolladas por otros profesionales de la salud mental, como psiquiatras y psicólogos clínicos. Cuando se describen intervenciones enfermeras, estas suelen estar orientadas a la adherencia al tratamiento farmacológico y a la vigilancia de la sintomatología psicótica, sin incorporar enfoques más actuales. Este hecho resulta especialmente relevante si se considera la existencia de diagnósticos e intervenciones enfermeras específicas, como el diagnóstico NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) [00122] «Alteración de la percepción sensorial»²¹ y las intervenciones NIC (Nursing Interventions Classification) «Manejo de las alucinaciones», «Orientación de la realidad», «Vigilancia: seguridad» y «Potenciación de la autoestima», entre otras²².

En este contexto, resulta especialmente relevante conocer la vivencia de las personas que escuchan voces a lo largo de todo su proceso, desde el momento en que toman conciencia de estas experiencias hasta su situación actual. Comprender cómo evolucionan sus pensamientos, emociones

y conductas puede aportar información clave para diseñar cuidados enfermeros más ajustados, integrales y centrados en la persona.

Por todo ello, el presente estudio tiene como **objetivo general** analizar la vivencia de personas con alucinaciones auditivas en forma de voces para determinar si los cuidados de enfermería podrían mejorarse. Como **objetivos específicos**, se plantean: (a) identificar el impacto que las voces generan y los pensamientos, sentimientos y conductas asociados durante el afrontamiento; (b) analizar el significado atribuido a las alucinaciones verbales auditivas y su posible evolución; y (c) determinar si las personas que escuchan voces identifican a la enfermera como una figura relevante dentro de su red de apoyo.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño y orientación teórico-metodológica

Se realizó un estudio cualitativo con diseño basado en la teoría fundamentada, orientado a generar explicaciones derivadas de los datos empíricos sin partir de hipótesis preestablecidas. El estudio tuvo un enfoque inductivo y de carácter retrospectivo, al explorar experiencias ya vividas por las personas participantes. Esta aproximación permitió comprender cómo se construye el significado de la escucha de voces, cómo evoluciona la vivencia a lo largo del tiempo y qué implicaciones se desprenden para la mejora de los cuidados de enfermería en salud mental, mediante un proceso de análisis iterativo y comparativo²³.

Población y contexto de estudio

La población de estudio estuvo constituida por personas adultas que presentaban o habían presentado

alucinaciones verbales auditivas en algún momento de su vida, independientemente del tiempo transcurrido desde que tomaron conciencia de estas experiencias.

Criterios de inclusión: personas ≥ 18 años, sin límite de edad máxima, de cualquier sexo y nivel socioeducativo, con disposición y posibilidad de participación voluntaria.

Criterios de exclusión: desconocimiento del idioma español; presencia de trastornos neurológicos que dificultaran la comprensión (p. ej., afasia de Wernicke o agnosia auditivo-verbal); encontrarse en descompensación o fase aguda de un trastorno de salud mental; comportamientos previsiblemente disruptivos con riesgo de vulnerar normas sociales; o sospecha de consumo agudo de tóxicos (alcohol, cocaína, cánnabis u otros) en el momento de la recogida de datos.

Las personas participantes residían en España y fueron contactadas a través de asociaciones de salud mental y un centro de rehabilitación psicosocial (CRPS), previo acuerdo con las entidades colaboradoras (p. ej., TrebolMente y CRPS de Villaverde). Se ofreció la posibilidad de participar mediante entrevista individual o grupo de discusión, priorizando la modalidad percibida como más cómoda por cada participante.

Período de estudio

La recogida de datos se desarrolló entre abril de 2023 y abril de 2024 (inicio aproximado: 15/04/2023; finalización: 23/04/2024).

Muestreo y tamaño muestral

Se utilizó un muestreo intencional orientado a seleccionar participantes con capacidad de aportar infor-

mación relevante y variada sobre el fenómeno estudiado. La incorporación de nuevos participantes se mantuvo hasta alcanzar la saturación teórica, entendida como el momento en que la información recogida dejó de aportar elementos conceptuales sustancialmente nuevos para el análisis.

Procedimiento y recogida de datos

La recogida se realizó mediante entrevistas individuales semiestructuradas y un grupo de discusión, con una única sesión por participante. Las sesiones se llevaron a cabo en un entorno que garantizara privacidad y comodidad: de forma presencial en un despacho o espacio del recurso asistencial, o mediante videoconferencia (p. ej., Google Meet) en el lugar elegido por la persona participante, procurando ausencia de ruido y condiciones adecuadas.

El grupo de discusión se constituyó con seis participantes para facilitar la interacción y la producción de significados compartidos. El guion fue flexible para respetar el discurso de las personas participantes y favorecer la emergencia de contenidos no anticipados. No se estableció un tiempo fijo por sesión, priorizando la profundidad narrativa.

Las entrevistas abordaron: (a) impacto de las voces en pensamientos, emociones y conductas; (b) significado atribuido y posibles cambios a lo largo del tiempo; (c) estrategias de afrontamiento; y (d) redes de apoyo, incluyendo específicamente el papel de enfermería. Algunas preguntas se informaron a partir de instrumentos validados como la Psychotic Symptom Rating Scale (PSYRATS)²⁴, el *Wisconsin Manual for Assessing Psychotic-like Experiences*²⁵ y el cuestionario de calidad de vida de Ruiz y Baca²⁶, utilizándolos como referencia conceptual para la exploración, no con finalidad de medición cuantitativa.

Previamente al inicio, se recogieron variables socio-demográficas básicas (sexo, edad, edad de inicio/conciencia de la escucha de voces, presencia actual y frecuencia). Se advirtió a los participantes de que podían expresar dudas o falta de recuerdo respecto a episodios pasados para minimizar el sesgo de memoria.

Todas las sesiones fueron grabadas en audio con consentimiento, transcritas literalmente y codificadas mediante identificadores (iniciales) para preservar el anonimato. Las grabaciones y transcripciones se mantuvieron bajo custodia exclusiva de la investigadora y se planificó su destrucción transcurrido un año desde la grabación.

Análisis de datos

El análisis se realizó siguiendo el **método de comparación constante** de Glaser y Strauss²³. Se identificaron incidentes y unidades de significado en cada entrevista y en el grupo de discusión, comparándolos de forma iterativa entre participantes y entre técnicas de recogida, para construir categorías conceptuales.

Se aplicó un proceso de codificación en tres fases:

- **Codificación abierta:** identificación inicial de conceptos a partir del texto.
- **Codificación axial:** agrupación y relación entre categorías y subcategorías mediante comparaciones sistemáticas.
- **Codificación selectiva:** integración de categorías en un marco explicativo que permitiera comprender el fenómeno y sus implicaciones para los cuidados enfermeros²⁷.

Aspectos éticos y de confidencialidad

El proyecto fue evaluado y aprobado por el Comité de Ética de la Investigación con medicamentos

(CEIm) del Hospital Universitario de Fuenlabrada (Madrid), **código interno: 23/62** (08/09/2023). Se garantizó la participación voluntaria mediante información previa, firma de consentimiento informado y derecho de revocación en cualquier momento. Se respetaron los principios bioéticos de beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia²⁸, y se cumplió la normativa vigente de protección de datos (LOPD-GDD 3/2018)²⁹. Asimismo, se siguieron las directrices de Buena Práctica Clínica para salvaguardar los derechos, la seguridad y el bienestar de los participantes, así como la calidad del procedimiento y el manejo de la información^{30,31}.

Criterios de rigor

Se aplicaron los criterios de Lincoln y Guba³²:

- **Credibilidad:** sustentada en la obtención de discursos grabados y transcritos literalmente y en la comparación sistemática del contenido entre entrevistas y grupo de discusión.
- **Transferibilidad:** favorecida por la incorporación de participantes diversos y por la recogida de información hasta la saturación.
- **Consistencia (fiabilidad):** garantizada mediante registros sistemáticos del procedimiento de recogida y análisis, manteniendo coherencia metodológica.
- **Confirmabilidad:** apoyada en el registro de los supuestos iniciales y en el uso de material empírico (audios y transcripciones) como base del análisis e interpretación.

RESULTADOS

Participantes y caracterización general

Participaron 14 personas adultas: ocho mediante entrevistas individuales y seis en un grupo de

discusión. La edad osciló entre 29 y 57 años. En el momento de la recogida de datos, 10 participantes referían escuchar voces en la actualidad y cuatro no. El tiempo transcurrido desde la toma de conciencia de la primera experiencia de escucha de voces se situó entre 11 y 40 años, lo que permitió explorar vivencias en diferentes etapas del proceso (tabla 1).

Del análisis, emergieron cuatro categorías principales: (1) impacto de las alucinaciones verbales auditivas, (2) significado atribuido a las voces escuchadas, (3) vivencia del proceso y (4) enfermería y otras redes de apoyo.

Categoría 1: impacto de las alucinaciones verbales auditivas

Pensamientos generados

En la fase inicial, se describió una marcada dificultad para discriminar el origen y la naturaleza de las voces (realidad/no realidad; origen interno/externo), acompañada de incertidumbre y búsqueda activa de explicación. Este proceso incluyó atribuciones heterogéneas (interpretaciones sobrenaturales, espirituales, biográficas o vinculadas al propio pensamiento), así como dudas acerca de la normalidad

Tabla 1. Características sociodemográficas y clínicas de los participantes

Código	Sexo	Edad (años)	Escucha voces actualmente	Edad de inicio/años con voces	Tipo de participación
I1	Mujer	35	Sí	19	Entrevista
I2	Varón	42	No	24	Entrevista
I3	Mujer	29	Sí	11	Entrevista
I4	Varón	57	Sí	40	Entrevista
I5	Mujer	46	No	30	Entrevista
I6	Varón	38	Sí	17	Entrevista
I7	Mujer	33	Sí	14	Entrevista
I8	Varón	51	Sí	28	Entrevista
GD1-I1	Mujer	41	Sí	22	Grupo de discusión
GD1-I2	Varón	36	No	18	Grupo de discusión
GD1-I3	Mujer	44	Sí	26	Grupo de discusión
GD1-I4	Varón	39	Sí	20	Grupo de discusión
GD1-I5	Mujer	48	Sí	31	Grupo de discusión
GD1-I6	Varón	52	Sí	35	Grupo de discusión

de la experiencia. Esta vivencia se reflejó en expresiones como: «Ser consciente de ello, que no es real, me ha costado mucho, porque para mí eran reales» (I4).

En fases posteriores, varios relatos mostraron un mayor acceso a marcos explicativos más integradores y críticos, con incremento de la capacidad de cuestionar la voz y de situarla en relación con el estado emocional o la descompensación. Se observó que disponer de información y experiencia previa se asociaba a interpretaciones menos amenazantes y a mayor sensación de control. Este tránsito se sintetizó en el grupo de discusión como: «Al principio, no sabía de dónde venía la voz» (GD1-I3).

Sentimientos generados

Los relatos mostraron una vivencia emocional variable y estrechamente asociada al contenido de las voces y a la relación establecida con ellas. Cuando las voces se percibían como negativas o imperativas, predominaban emociones de miedo o pánico, tristeza, agobio, enfado y confusión, especialmente, en etapas iniciales. En algunos discursos, el malestar emocional incrementaba la credibilidad otorgada a la voz, intensificando el sufrimiento.

En contraste, en experiencias con voces vividas como protectoras o agradables, se describieron afectos de acompañamiento, calma y aceptación, así como ambivalencia ante la posibilidad de perderlas. En términos generales, la mayoría de participantes refirió que el malestar disminuyó con el tiempo, aunque sin eliminarse necesariamente de forma completa y con posibles reactivaciones en períodos de estrés.

Conductas realizadas

En etapas tempranas, las conductas descritas incluyeron estrategias de ocultación (no verbalizar la

experiencia), aislamiento y evitación social, junto con comportamientos guiados por la amenaza percibida, como hipervigilancia o respuestas orientadas a comprobar o neutralizar la voz. En algunos casos, se describieron conductas de riesgo vinculadas al intento de controlar la experiencia.

Con el tiempo, emergieron estrategias de afrontamiento más deliberadas, como la distracción (p. ej., escuchar música), la focalización en tareas, el descanso, la relajación y la aceptación. Un hallazgo transversal fue la idea de que la confrontación directa con las voces podía incrementar el malestar, mientras que una relación menos combativa resultaba más manejable. Este cambio se expresó en afirmaciones como: «Uso mucho escuchar música... no se va, pero no altera mi conducta» (I3) y «Lo peor que puedes hacer con las voces es luchar contra ellas» (I8).

Categoría 2: significado atribuido a las voces escuchadas

El significado atribuido a las voces se identificó como un componente central para comprender la vivencia y el afrontamiento. Todos los participantes pudieron atribuir un significado a las voces en el momento actual y, en una proporción relevante, se evidenció un cambio respecto a las interpretaciones iniciales.

En fases tempranas, los significados tendieron a ser más externos o literalizados, incluyendo explicaciones sobrenaturales, espirituales o vinculadas a figuras significativas. Estos significados se expresaron, en algunos casos, de forma muy condensada y negativa, como en la afirmación: «Daño» (GD1-I2).

En etapas posteriores, aparecieron resignificaciones más elaboradas, que incluían interpretar las voces como parte de un proceso psicopatológico, como reacción ante acontecimientos vitales estresantes

o como expresión de sufrimiento no formulado. En este sentido, algunos participantes señalaron: «Significan una parte del proceso de enfermedad» (I6). Asimismo, se identificaron significados funcionales o integradores, en los que las voces eran comprendidas como un recurso de contención ante la angustia o como una experiencia que había posibilitado procesos de aprendizaje, reconstrucción personal o ayuda a otras personas.

Categoría 3: vivencia del proceso

Calidad de vida percibida

La mayoría de participantes describió una calidad de vida globalmente satisfactoria en el momento actual, con referencias a una vida cotidiana funcional, actividades significativas y participación social. Este posicionamiento se expresó de forma directa en afirmaciones como: «Hago vida normal» (I7).

No obstante, incluso dentro de relatos de bienestar, se identificaron limitaciones asociadas a recaídas, descompensaciones y efectos secundarios del tratamiento farmacológico. En un caso, la vivencia actual se describió como claramente limitada por la focalización y la lucha interna con las voces.

Recuerdo del proceso y principales dificultades

El recuerdo del proceso se describió con frecuencia como traumático, agotador o aterrador, especialmente, en las fases iniciales, cuando predominaban el desconcierto y la falta de recursos para comprender y verbalizar la experiencia. Este carácter traumático se condensó en expresiones como: «Todos los recuerdos son traumáticos» (GD1-I6).

Las principales dificultades relatadas se agruparon en tres ámbitos. En el plano social, se identificaron estigma, miedo a compartir la experiencia, soledad,

deterioro de relaciones y dificultades en el ámbito laboral o funcional. En relación con el autocuidado y el funcionamiento cotidiano, se describieron problemas de concentración, interferencias en el sueño, la higiene y la alimentación, así como tendencia al aislamiento en fases de mayor intensidad de las voces. En el plano clínico-experiencial, destacaron la dificultad para discriminar la experiencia de la realidad compartida, el temor intenso, el agotamiento derivado de la persistencia de las voces y el malestar asociado a tratamientos vividos como impuestos o con efectos secundarios.

Junto con estas dificultades, algunos discursos incorporaron elementos de crecimiento personal y de reconstrucción de sentido, especialmente, cuando se accedía a apoyo, comprensión y estrategias sostenidas en el tiempo.

Recomendaciones para personas que comienzan a escuchar voces

Las recomendaciones se centraron en pedir ayuda de forma precoz, evitar el aislamiento, mantener rutinas de autocuidado (sueño, alimentación, actividad física) y acceder a recursos comunitarios como asociaciones, grupos de apoyo mutuo (GAM) y grupos de escuchadores de voces. Una pauta recurrente fue no convertir las voces en un «enemigo» a combatir, sino favorecer una relación menos confrontativa y más regulada. En relación con el apoyo entre iguales, se expresó: «Si vas a un GAM... te quedas más tranquilo» (I2).

Categoría 4: enfermería y otras redes de apoyo

Papel de enfermería: apoyo percibido

La valoración del apoyo enfermero fue heterogénea. Una parte de los participantes refirió ausencia de contacto o un contacto limitado a procedimientos

biomédicos, como la administración de medicación o la realización de controles, lo que se expresó de forma explícita en afirmaciones como: «No recibí asistencia de enfermería» (I2).

Otra parte describió experiencias positivas vinculadas a trato humano, escucha, seguimiento, educación para la salud y derivación a recursos comunitarios, lo que se resumió en expresiones como: «Te escucha, te hace sentir como si fueras persona» (GD1-I4).

De manera consistente, se observó que el abordaje explícito de la experiencia de las voces no formaba parte habitual de la atención enfermera percibida. En algunos relatos, esta ausencia se asoció a la idea de que hablar de las voces correspondía a otros profesionales o al temor a consecuencias clínicas, como cambios en la medicación, si se verbalizaba su contenido.

Mejoras propuestas para los cuidados enfermeros

Las propuestas de mejora expresadas por los participantes se orientaron a reforzar un enfoque integral y centrado en la persona: generar espacios seguros para hablar de las voces, ofrecer información ajustada al momento vital, favorecer comprensión y contención emocional, y priorizar intervenciones relacionales y de acompañamiento. Asimismo, se señaló la necesidad de reducir experiencias vividas como coercitivas o deshumanizantes, especialmente, en contextos de hospitalización.

Otras redes de apoyo

El apoyo entre iguales emergió como un recurso especialmente relevante, facilitando normalización, sentimiento de pertenencia, aprendizaje de estrategias y disminución del aislamiento. También se identificaron como apoyos significativos los recursos de rehabilitación psicosocial, el acompañamiento

familiar y la participación en actividades con sentido personal, descritos como elementos protectores a lo largo del proceso.

DISCUSIÓN

Los hallazgos de este estudio cualitativo permiten comprender la experiencia subjetiva de escuchar voces como un proceso dinámico y heterogéneo, en el que el sufrimiento no depende únicamente de la presencia de las alucinaciones verbales auditivas, sino del significado atribuido, de la relación establecida con las voces, de los recursos de afrontamiento y de la respuesta del entorno (social y asistencial). En conjunto, los resultados refuerzan la necesidad de un abordaje integral orientado a mejorar la calidad de la atención y el enfoque de los cuidados incorporando explícitamente el trabajo con la experiencia de las voces y no limitarse al control sintomático.

En consonancia con estudios previos, las personas participantes describieron un impacto relevante asociado a la intrusividad y al contenido de las voces, con afectación emocional y funcional (p. ej., interferencia en actividades de la vida diaria y desgaste psicológico), hallazgos compatibles con investigaciones que relacionan creencias sobre las voces con mayor gravedad y malestar en psicosis crónica⁵. Asimismo, la experiencia se encontró atravesada por el estigma y el temor a verbalizar lo vivido, lo que favorece el aislamiento y dificulta la búsqueda de apoyo, tal como se ha descrito en análisis cualitativos sobre experiencias relacionales y subjetivas en psicosis^{8,13}. En nuestro estudio, estas dimensiones se manifestaron de forma especialmente marcada en las fases iniciales del proceso, cuando la persona carece de un marco explicativo y de espacios seguros para hablar de la experiencia.

Un aporte central del presente trabajo es la relevancia del significado atribuido y su evolución. La

literatura ha señalado que comprender el significado de las voces es clave para orientar intervenciones formuladas de manera colaborativa y centradas en la persona¹. Nuestros resultados muestran que muchas interpretaciones iniciales (a menudo, externas o literalizadas) pueden transformarse con el tiempo hacia resignificaciones más integradoras, donde las voces se vinculan con estados emocionales, vivencias de sufrimiento o procesos de enfermedad. Esta evolución es coherente con investigaciones que exploran creencias sobre las causas de las voces y su variabilidad entre personas¹⁵, así como con trabajos que subrayan la importancia de «escuchar» la vivencia y la narrativa del oyente de voces como base para un acompañamiento terapéutico significativo^{18,19}. En este sentido, el foco asistencial no debería situarse exclusivamente en la frecuencia o intensidad del fenómeno, sino en la relación persona-vozes y en los significados que organizan su impacto.

Por otro lado, los discursos evidenciaron que, junto con el sufrimiento, pueden aparecer componentes percibidos como positivos (p. ej., acompañamiento, sensación de sostén, aprendizaje), especialmente, cuando aumenta el control subjetivo y la relación con las voces se vuelve menos amenazante, tal y como se ha señalado en marcos orientados a formulaciones colaborativas y lecturas menos uniformes de la escucha de voces^{1,19}. Este hallazgo invita a adoptar una mirada clínica más matizada: no todas las voces son vividas como exclusivamente patológicas o dañinas y, por tanto, el cuidado debe partir de la experiencia concreta de cada persona.

En cuanto al debate sobre abordajes terapéuticos, nuestros resultados no cuestionan la relevancia de la farmacoterapia ni la adherencia, pero sí ponen de relieve que las personas identifican como especialmente valiosos otros apoyos (pares, recursos comunitarios, estrategias de afrontamiento) y que estos

se relacionan con mayor sensación de control y calidad de vida. Esta orientación es coherente con revisiones que describen la necesidad de intervenciones psicológicas y conversacionales para el abordaje del malestar por voces, incluyendo terapias psicológicas específicas y aproximaciones basadas en el diálogo^{7,8}. De forma complementaria, estudios experimentales y correlacionales han explorado estrategias como el *mindfulness*, la autocompasión y abordajes de aceptación en relación con el malestar por voces^{10,11}. En la práctica clínica, estas aproximaciones pueden inspirar intervenciones enfermeras de baja intensidad (educación, entrenamiento en autorregulación, acompañamiento estructurado) que no sustituyen a la psicoterapia especializada, pero sí amplían el cuidado cotidiano.

Respecto a enfermería, el estudio aporta evidencia cualitativa sobre la percepción del apoyo recibido y, especialmente, sobre el escaso abordaje explícito de las voces en la atención enfermera habitual. Esta brecha puede interpretarse como una oportunidad de mejora asistencial: la literatura muestra que existen barreras actitudinales y de intención clínica para evaluar y trabajar con voces desde los equipos, incluso cuando el malestar es alto¹². Nuestros resultados sugieren que un cuidado enfermero más activo y centrado en la experiencia debería incluir: (a) valoración sistemática de la vivencia de voces (contenido, impacto, desencadenantes, afrontamiento), (b) contención emocional y comunicación no estigmatizante, (c) apoyo al autocuidado y a la recuperación funcional, y (d) derivación y conexión con recursos comunitarios y apoyo entre iguales. Este enfoque es coherente con una enfermería de salud mental centrada en la relación terapéutica y en el acompañamiento continuado, y puede articularse desde diagnósticos enfermeros relevantes como «Alteración de la percepción sensorial»²¹, adaptando el plan de cuidados a objetivos de afrontamiento, seguridad y calidad de vida.

Finalmente, el papel del apoyo entre iguales apareció como un elemento especialmente potente. La literatura ha descrito el valor de la conexión social en personas que escuchan voces, especialmente, cuando estas son derogatorias o amenazantes, y cómo dicha conexión puede representar una oportunidad terapéutica⁶. En nuestro estudio, asociaciones, GAM y recursos rehabilitadores facilitaron normalización, pertenencia y aprendizaje práctico, lo que refuerza que enfermería debería incorporar de forma sistemática la recomendación y coordinación con estos recursos, particularmente, en fases tempranas, donde el aislamiento y el miedo a compartir la experiencia son más intensos.

Fortalezas

Entre las fortalezas, destaca la variabilidad de la muestra, que permitió recoger vivencias desde diferentes edades, trayectorias y situaciones actuales respecto a la presencia de voces. Asimismo, la combinación de entrevistas individuales y grupo de discusión aportó riqueza interpretativa y permitió contrastar similitudes y diferencias mediante la interacción grupal. Por último, el uso de teoría fundamentada favoreció comprender el fenómeno como proceso, incorporando cambios a lo largo del tiempo y permitiendo derivar implicaciones prácticas directamente desde los datos.

Limitaciones

El estudio incluyó participantes en situación de relativa estabilidad psicopatológica en el momento de la entrevista, lo que podría infrarrepresentar vivencias asociadas a fases agudas o de mayor desorganización. Además, parte de la recogida de datos se realizó mediante videoconferencia, lo que pudo limitar la participación de algunas personas con barreras tecnológicas y reducir la captación de comunicación no verbal. Finalmente, el carácter

retrospectivo implica un posible sesgo de recuerdo, aunque se contempló la posibilidad de que los participantes expresaran dudas o falta de certeza para minimizar errores derivados de la memoria.

Futuras líneas de investigación

Los discursos mostraron que algunas personas dotan a sus voces de forma o identidad («extraterrestre», «ángel y demonio»), aspecto que podría explorarse en investigaciones futuras para comprender su papel en el afrontamiento, el vínculo con el contenido emocional y la evolución del significado. Asimismo, se recomienda desarrollar y evaluar intervenciones enfermeras específicas orientadas al abordaje de voces (valoración estructurada, programas breves de afrontamiento, coordinación con pares y recursos comunitarios), así como estudiar su implementación en dispositivos comunitarios y unidades de hospitalización.

CONCLUSIONES

La experiencia de escuchar voces se configura como un proceso dinámico y heterogéneo, condicionado por el significado atribuido, la relación establecida con las voces, los recursos de afrontamiento y la respuesta del entorno social y asistencial. En este estudio, las fases iniciales se asociaron a mayor desconcierto, sufrimiento y aislamiento, mientras que, con el tiempo, muchas personas desarrollaron estrategias y resignificaciones que favorecieron una convivencia más regulada y una mejor calidad de vida.

Los resultados evidencian una oportunidad clara de mejora en los cuidados enfermeros: el abordaje explícito de las voces no forma parte habitual de la atención percibida, pese a que las personas demandan acompañamiento, escucha y espacios seguros para hablar de su experiencia. Integrar una perspec-

tiva centrada en la persona y orientada a la recuperación, incluyendo intervenciones relacionales, psicoeducativas y de apoyo al afrontamiento, podría reducir el sufrimiento, disminuir el estigma y fortalecer la autonomía.

Asimismo, el apoyo entre iguales y los recursos comunitarios emergen como elementos claves del proceso de afrontamiento, por lo que enfermería puede desempeñar un papel estratégico en la coordinación y derivación hacia estos dispositivos. En conjunto, estos hallazgos respaldan la necesidad de reorientar la práctica enfermera hacia un enfoque integral, sensible al contexto y alineado con modelos contemporáneos de recuperación en salud mental.

Implicaciones clínicas para enfermería:

1. **Abordar las voces de forma explícita y no evasiva:** incorporar preguntas abiertas y sistemáticas sobre contenido, impacto, desencadenantes y estrategias de afrontamiento, sin asumir que es un tema exclusivo de otros profesionales.
2. **Crear espacios seguros y no estigmatizantes:** facilitar que la persona pueda hablar de las voces sin temor al juicio o a consecuencias percibidas, fortaleciendo la alianza terapéutica y la seguridad emocional.
3. **Priorizar intervenciones centradas en la persona y orientadas a la recuperación:** además del control sintomático, apoyar objetivos funcionales (autocuidado, participación social, actividades significativas) y entrenar estrategias de autorregulación y afrontamiento.
4. **Potenciar redes comunitarias y apoyo entre iguales:** recomendar activamente asociaciones, GAM y recursos rehabilitadores, integrándolos en el plan de cuidados y seguimiento.
5. **Humanizar la atención en crisis e ingresos:** priorizar la contención verbal, la comunicación clara y las estrategias de desescalada, minimizando las

prácticas coercitivas y promoviendo la participación en las decisiones.

BIBLIOGRAFÍA

1. Lonergan A. The meaning of voices in understanding and treating psychosis: moving towards intervention informed by collaborative formulation. *Eur J Psychol.* 2017;13(2): 352-65.
2. Wilkinson S, Alderson-Day B. Voices and thoughts in psychosis: an introduction. *Rev Philos Psychol.* 2016;7(3): 529-40.
3. Jepson J. Getting through the voices. *Schizophr (Heidelb).* 2022;8(1):83.
4. Van den Berg D, Tolmeijer E, Jongeneel A, Staring ABP, Palstra E, Van der Gaag M, et al. Voice phenomenology as a mirror of the past. *Psychol Med.* 2023;53(7):2954-62.
5. Chawla N, Deep R, Khandelwal SK, Garg A. Beliefs about voices and their relation to severity of psychosis in chronic schizophrenia patients. *Indian J Psychiatry.* 2019;61(5): 465-71.
6. Sheaves B, Johns L, Černis E, Griffith L; McPin Hearing Voices Lived Experience Advisory Panel; Freeman D. The challenges and opportunities of social connection when hearing derogatory and threatening voices: a thematic analysis with patients experiencing psychosis. *Psychol Psychother.* 2021;94(2):341-56.
7. Thomas N, Hayward M, Peters E, Van der Gaag M, Bentall RP, Jenner J, et al. Psychological therapies for auditory hallucinations (voices): current status and key directions for future research. *Schizophr Bull.* 2014;40 Suppl 4(Suppl 4):S202-12.
8. Burr C, Schnackenberg JK, Weidner F. Talk-based approaches to support people who are distressed by their experience of hearing voices: a scoping review. *Front Psychiatry.* 2022;13:983999.
9. Powers AR 3rd, Kelley MS, Corlett PR. Varieties of voice-hearing: psychics and the psychosis continuum. *Schizophr Bull.* 2017;43(1):84-98.
10. Chadwick P, Strauss C, Jones AM, Kingdon D, Ellett L, Danahy L, et al. Group mindfulness-based intervention for distressing voices: a pragmatic randomised controlled trial. *Schizophr Res.* 2016;175(1-3):168-73.
11. Dudley J, Eames C, Mulligan J, Fisher N. Mindfulness of voices, self-compassion, and secure attachment in relation to the experience of hearing voices. *Br J Clin Psychol.* 2018; 57(1):1-17.
12. Rammou A, Berry C, Fowler D, Hayward M. "Attitudes to voices": a survey exploring the factors influencing clinicians' intention to assess distressing voices and attitudes towards working with young people who hear voices. *Front Psychol.* 2023;14:1167869.

13. Budziszewska MD, Babiuch-Hall M, Wielebska K. Love and romantic relationships in the voices of patients who experience psychosis: an interpretive phenomenological analysis. *Front Psychol*. 2020;11:570928.
14. Larøi F, Thomas N, Aleman A, Fernyhough C, Wilkinson S, Deamer F, et al. The ice in voices: understanding negative content in auditory-verbal hallucinations. *Clin Psychol Rev*. 2019;67:1-10.
15. Tolmeijer E, Hardy A, Jongeneel A, Staring ABP, Van der Gaag M, Van den Berg D. Voice-hearers' beliefs about the causes of their voices. *Psychiatry Res*. 2021;302:113997.
16. Rosen C, Jones N, Chase KA, Grossman LS, Gin H, Sharma RP. Self, voices and embodiment: a phenomenological analysis. *J Schizophr Res*. 2015;2(1):1008.
17. Andreu Pascual M, Vilaplana Pérez A, Pedrós Roselló A, Martínez Mollá P. Insight, symptomatology, and neurocognitive functioning in patients with psychosis. *Rev Asoc Esp Neuropsiq*. 2021;38(134):491-508.
18. Martínez Barbero MÁ, Coca Pereira MC, Pérez Villalba G, Martínez Hernández MV. Listening to the voice of people who hear voices. *Rev Asoc Esp Neuropsiq*. 2017;37(131):39-61.
19. Britz B. Listening and hearing: a voice hearer's invitation into relationship. *Front Psychol*. 2017;8:387.
20. Cannon M. Hearing voices: the significance of psychotic symptoms among young people. *Rev Psiquiatr Salud Ment*. 2012;5(4):214-6.
21. Herdman TH, Kamitsuru S (eds.). *NANDA International Nursing Diagnoses: definitions and classification 2021-2023*. Barcelona: Elsevier; 2023.
22. Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM, Wagner CM. *Nursing Interventions Classification (NIC)*. 7.ª ed. Barcelona: Elsevier; 2018.
23. De la Espriella R, Gómez-Restrepo C. Grounded theory. *Rev Colomb Psiquiatr (Engl Ed)*. 2020;49(2):123-33.
24. Haddock G, McCarron J, Tarrier N, Faragher EB. Scales to measure dimensions of hallucinations and delusions: the Psychotic Symptom Rating Scales (PSYRATS). *Psychol Med*. 1999;29(4):879-89.
25. Kwapiil TR, Chapman LJ, Chapman J. Validity and utility of the Wisconsin Manual for Assessing Psychotic-like Experiences. *Schizophr Bull*. 1999;25(2):363-75.
26. Rodríguez Sánchez E. *Cuestionario de calidad de vida de Ruiz y Baca*. Salamanca: Centro de Salud La Alamedilla; 2009.
27. Bonilla García MÁ, López-Suárez AD. An example of methodological process of grounded theory. *Cinta Moebio*. 2016;(57):305-15.
28. Valdés E. Making principlism more practical: the importance of specification in bioethics. *Rev Bioét Derecho*. 2015;(35):65-78.
29. Jefatura del Estado. *Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales*. BOE. 2018;(294).
30. Ministerio de Sanidad y Consumo. *Orden SCO/256/2007, de 5 de febrero, por la que se establecen los principios y las directrices detalladas de buena práctica clínica y los requisitos para autorizar la fabricación o importación de medicamentos en investigación de uso humano*. BOE. 2007;(38):6295-300.
31. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. *Real Decreto 1090/2015, de 4 de diciembre, por el que se regulan los ensayos clínicos con medicamentos, los Comités de Ética de la Investigación con medicamentos y el Registro Español de Estudios Clínicos*. BOE. 2015;(307):121923-64.
32. Lincoln YS, Guba EG. *Naturalistic inquiry*. Newbury Park: Sage; 1985.