

ALTERNATIVAS AL SILENCIO. EXPERIENCIA CON UN GRUPO DE ESCUCHADORES DE VOCES EN UNA UNIDAD DE REHABILITACIÓN HOSPITALARIA

ALTERNATIVES TO SILENCE.
THE EXPERIENCE WITH A GROUP OF VOICE HEARERS IN A HOSPITAL
REHABILITATION UNIT

Autora: Susana Romero Palomino. Psicóloga clínica.
Unidad de Rehabilitación Hospitalaria (Unidad de Subagudos). Parque hospitalario Martí i Julià.
C/ Dr. Castany s/n. 17190 Girona. Red de salud mental y adicciones. Instituto de Asistencia Sanitaria de Girona.

RESUMEN:

El presente artículo pretende dar a conocer la experiencia con un grupo de escuchadores de voces en el ámbito hospitalario, mostrando aportaciones de los participantes en relación a la vivencia de la escucha y las opiniones respecto al grupo. La recogida de los datos se ha realizado a través de los registros de las sesiones y el feedback por escrito realizado por los miembros del grupo después de cada sesión. Los resultados muestran la riqueza narrativa-experiencial que envuelve el fenómeno de las voces y la buena acogida de la intervención, siendo ésta percibida como positiva, útil y enriquecedora. A partir de estos resultados se plantea la reflexión sobre la necesidad de crear espacios de diálogo y encuentro dentro y fuera de la hospitalización, con el objetivo de dar voz a los protagonistas que sobreviven o conviven con este tipo de experiencias, la mayoría de las veces en silencio y al margen de lo cotidiano.

Palabras clave: escucha de voces, rehabilitación, salud mental, hospitalización.

ABSTRACT:

This article aims to present the experience of a group of voice listeners in a hospital environment, showing contributions from the participants in relation to the experience of listening and opinions about the group. The data collection was done through the session records and the written feedback made by the group members after each session. The results show the narrative-experiential richness that surrounds the phenomenon of voices and the good reception of the intervention, which is perceived as positive, useful and enriching. Based on these results, reflection is raised on the need to create spaces for dialogue and meeting inside and outside the hospital, with the aim of giving voice to the protagonists who survive or live with this type of experience, most of the time in silence and outside of their everyday life.

Key words: hearing voices, rehabilitation, mental health, hospitalization.

INTRODUCCIÓN

“The only thing worse than being talked about is not being talked about”

Oscar Wilde.

El fenómeno de escuchar voces es frecuentemente entendido, en el marco de la psiquiatría y la psicología clínica institucional, como un síntoma de enfermedad. Su contenido suele considerarse poco relevante y cualquier acercamiento a la intimidad de la experiencia es cuestionado y puesto en entredicho por el riesgo al que pudiera estar asociado.

Aún en la actualidad, en nuestro país, existe la tendencia a enmarcar y acotar la vivencia dentro del contexto de la enfermedad mental y a reducir las explicaciones del porqué las voces acontecen y se mantienen a lo largo del tiempo. La realidad de la experiencia queda silenciada en virtud de la artificialidad del diagnóstico. El hecho de escuchar voces es explicado en relación a la enfermedad mental y el diagnóstico de enfermedad mental se justifica en base a la escucha de voces. Un pensamiento circular sobre el cual es difícil instaurar las bases de cualquier cuestionamiento que otorgue otros puntos de vista. Como diría Jack A. Jenner (1), con una suposición de partida dudosa y conceptualizadas como un síntoma inquietante.

Y así, desde la labor clínica y con la presión por la etiquetación del síntoma, corremos el riesgo de dejar paso a la desesperanza, al aislamiento, la incompreensión y el hermetismo, fomentando sin querer lo que nos esforzamos en prevenir: que la persona y sus voces consoliden una relación sagrada e intocable, sin posibilidad de réplica.

Pero las primeras experiencias suelen producir miedo e indefensión (2) y sólo, en algunas ocasiones, la respuesta diagnóstica institucional calma y ofrece un punto de partida sobre el que poder pensar y construir. El silencio es tentador en una sociedad no preparada para arropar el sufrimiento más íntimo y otros mundos paralelos se van construyendo sobre la psique dañada.

Es por eso que está aumentando el interés en planteamientos más humanizados y alternativos como el Movimiento de Escuchadores de Voces, iniciado en Holanda a finales de los años 80 por los psiquiatras M. Romme y S. Escher¹, protagonizado por las personas que tienen este tipo de experiencias y cuyo objetivo principal es el de ayudar a las personas escuchadoras de voces, romper el silencio y luchar contra el gran estigma asociado. Con el poder del grupo como protagonista y la experiencia personal en primer plano, el síntoma es entendido como respuesta a situaciones de impacto emocional y no como una anomalía cerebral sin contextualización posible. Así, el contenido de las voces se torna relevante y toda la subjetivación que envuelve la vivencia es fundamental para entender y descubrir su sentido. Sus princi-

pios básicos giran alrededor de la aceptación de la experiencia (re-definida en términos de funcionalidad), el respeto y la esperanza.

Por lo que se refiere a Girona, el modelo de atención a la salud mental está orientado hacia lo comunitario (3). En concreto y en relación al campo rehabilitador, predomina una creciente y significativa presencia de la horizontalidad en los dispositivos, hospitalarios y extra-hospitalarios, y una mirada más enfocada hacia los verdaderos protagonistas y su proceso de recuperación. Se apuesta por transmitir esperanza a las personas diagnosticadas-etiquetadas con trastorno mental grave y se trabaja desde la premisa de que la mejoría siempre es posible.

Dentro de este contexto institucional surge la posibilidad de poner en marcha el primer grupo de escuchadores de voces de la provincia, con las premisas de la recuperación y el autoconocimiento y tomando como punto de partida el hospital. Con la evidencia que respalda que los grupos de escuchadores de voces son cada vez más habituales y aceptados dentro de los servicios de salud mental (5-6), decidimos dar otro paso en el acercamiento a la experiencia subjetiva. Con la sentida necesidad de fomentar un encuentro, posible o imposible, entre las personas escuchadoras de voces y la incertidumbre que conlleva lo novedoso.

EXPERIENCIA CON UN GRUPO DE ESCUCHADORES DE VOCES EN LA UNIDAD DE REHABILITACIÓN HOSPITALARIA DE GIRONA.

La unidad de Rehabilitación Hospitalaria de Girona también conocida como unidad de Subagudos tiene una capacidad para 50 camas. El ingreso es de corta-media estancia y el objetivo principal es la rehabilitación y recuperación de las personas en relación a su autonomía y bienestar, reforzando los recursos tanto propios como externos. El perfil del usuario es de adultos diagnosticados con trastorno mental grave, generalmente re-ingresadores, y con necesidades de realizar un trabajo rehabilitador, más allá del ajuste farmacológico y la estabilización psicopatológica. La vertiente psicoterapéutica se modela en la terapia individual, familiar y grupal. La reflexión y diálogo sobre la situación actual y la contextualización del síntoma, son herramientas de trabajo potentes para el proceso. El papel de la familia, el entorno social y el contexto laboral nos dan las claves desde dónde intervenir, así como el proyecto personal, son la guía de hacia dónde dirigirnos.

El grupo de escuchadores de voces se inicia en enero del año 2012. El principal objetivo es ofrecer durante la hospitalización un espacio de confianza en el que poder dar voz a las voces, hablar de las vivencias alucinatorias y pensar sobre la experiencia en compañía de otros. La intervención se plantea desde una perspectiva congruente con las premisas del trabajo rehabilitador, completada con la experiencia y el descubrimiento de la Red de Escuchadores de Voces y animada por una necesidad personal de trabajar

con la experiencia alucinatoria desde una mirada más humana. La entrevista de Maastricht (7) es el eje vertebrador y el protocolo de grupo para pacientes ambulatorios con alucinaciones auditivas de Wykes, Hayward y Parr (8) el punto de partida. Nuestro protocolo de referencia (que puede verse esquematizado en la tabla 1) es producto de la adaptación del material anteriormente mencionado y se realiza durante el diseño del grupo, en base a las características y particularidades de nuestra unidad. En la práctica, se flexibiliza en base a la experiencia y necesidades emergentes de cada grupo, de una mayor estructuración en el contenido de las sesiones a una mayor flexibilidad en función de la motivación, intereses y clima emocional del grupo. No se trata de hablar a toda costa de las voces sino de hacer posible el diálogo, entendiendo que se trata de una experiencia muy íntima y que la persona decide libremente hasta dónde compartir. El silencio es respetado y la prudencia es comprendida.

El grupo lo coordino como psicóloga de la unidad junto a las demás intervenciones grupales que se realizan y lo realizo habitualmente junto a un psicólogo interno residente. Se realiza cada dos meses aproximadamente y la duración es de dos semanas (prolongable a tres cuando la continuidad de los asistentes es posible). Cada sesión es de 60-90 min y se realizan un total de 6 sesiones (3 sesiones por semana). El grupo es abierto y el criterio de inclusión es que la persona esté ingresada en la unidad y que escuche voces o haya escuchado voces en algún momento de su vida. El personal facilita y motiva la asistencia y el compromiso con el grupo pero son las propias personas ingresadas quienes deciden voluntariamente si quieren asistir. La difusión del grupo se hace a través del personal, en los espacios comunes, reuniones, y entrevistas, y a través de un cartel informativo que se expone en la unidad la semana anterior.

En la primera sesión se explicita que el hecho de hablar de las voces será connotado de manera positiva por parte del equipo referente y que, en ningún caso, se tomarán medidas no deseadas como el aumento de medicación, prolongación del ingreso, etc. Al inicio de cada sesión se plantean preguntas para pensar y el propio grupo prioriza los temas que le parecen más interesantes. Se ofrece material adicional para trabajar en cada sesión, en función de las necesidades y la evolución del grupo. Cada sesión empieza con un repaso de la sesión anterior y acaba con una reflexión sobre lo trabajado. El hilo conductor parte de las creencias de cada persona en relación a la experiencia y el papel del profesional es facilitar que ese discurso personal sea compartido con el fin de validar y promover una relación no invalidante y funcional con las voces.

Los contenidos de las sesiones giran alrededor de cuestiones significativas relacionadas con la escucha que, a modo de guía, permiten la reflexión y facilitan la puesta en común de creencias personales y vivencias. Con el propósito de compartir y hablar de las voces pensando en voz alta, formando parte de un discurso colectivo en construcción en el que lo invis-

ble puede hacerse presente. Bajo el prisma de la esperanza y la fortaleza y enfatizando la funcionalidad y los recursos propios para continuar con sus vidas una vez fuera del hospital.

METODOLOGIA.

El propósito de este artículo es dar a conocer la experiencia con un grupo de escuchadores de voces en una unidad de rehabilitación hospitalaria. Para ello, mostramos fragmentos de testimonios en relación a la propia escucha, opiniones y reflexiones respecto a la propia intervención. La información aportada es referida a 32 grupos realizados durante cinco años y medio, en los que participan una media de 6 participantes por grupo, siendo 181 el número total de personas que lo realizan.

En cuanto al conocimiento y aportaciones de los participantes en relación a la vivencia de escucha, se utiliza el material registrado por escrito durante las sesiones y al final de las mismas. Normalmente es el/la residente de psicología quien realiza estas anotaciones. El mensaje transmitido a los miembros del grupo es que el objetivo de tomar notas es acumular experiencias y aprendizajes que pueden ser útiles para otras personas y futuros grupos. El propio grupo decide si quiere que se hagan estas anotaciones o no. En todos los grupos han accedido a que se realicen.

En relación a la valoración del propio grupo, nos basamos en un mini-cuestionario al que responden los participantes por escrito después de cada sesión y de manera anónima. La reflexión sobre las sesiones la valoramos a través de tres preguntas abiertas relacionadas con: utilidad, aprendizajes y aspectos a mejorar para futuros grupos (ver tabla 2).

RESULTADOS.

Las aportaciones de los participantes sobre la experiencia de escucha de voces son presentadas a continuación a través de frases literales, representativas y en respuesta, a las principales cuestiones sobre las que pivota el trabajo reflexivo del grupo²:

-El sentido de la experiencia. ¿Qué son las voces para ti?

“Intuición”, “Se agudizan los sentidos”, “Un sexto sentido”, “Un eco”, “Son como soñar despierto”, “Un estribillo que se va repitiendo”, “Un producto de la imaginación”, “Parte de la conciencia dormida que sale”, “El pensamiento convertido en voz de tanto escucharlo”, “Es una compañía para no sentir soledad y para expresar lo que no podemos decir”, “Lo no comunicado”, “Personas que te dicen lo que te da miedo decir en voz alta”, “Lucha de pensamientos”, “Una protesta”, “Dilemas”, “Ataques al alma del mundo invisible”, “Personas que nos dicen lo que tenemos que hacer y nos critican”, “Mi otro ego”, “Representación de lo que pasa en el exterior”, “Un descentramiento”, “Confusión”, “No control”, “Intrusión y miedo”, “Información dolorosa”, “Explosiones interiores”, “Una alarma”, “Crisis”, “Un instinto de supervivencia”

¹M. Romme y Sandra Escher se plantearon ayudas alternativas ante la limitación farmacológica respecto a las voces, descubriendo la importancia del reconocimiento mutuo. Decidieron buscar a más personas escuchadoras de voces a través de un llamamiento en la televisión holandesa (1987) y descubrieron que había personas que tenían la experiencia sin diagnóstico psiquiátrico y que podían convivir con las voces sin suponer un problema. Entendieron que el problema no son las voces en sí, sino la relación que la persona establece con ellas, priorizando el poder del grupo como lugar de acogida, encuentro y reflexión.

²Son muchas las preguntas y reflexiones sobre las que poder pensar. El grupo está abierto a todas las aperturas reflexivas que surgen. Las preguntas expuestas son las elegidas como referencia y punto de partida en un grupo cuya duración es muy limitada.

cia”, “Una protección ante el estrés”, “Una ayuda para recordar”, “Aprendizajes”, “Algo pendiente”, “El precio que hay que pagar por ser sensible”, “Pruebas para superar”, “Una meta que nos pone Dios para ver hasta dónde podemos llegar en la vida”, “Una guía espiritual”, “Telepatía”, “Almas oscuras”, “Un don”, “Un castigo”, “Una penitencia”, “Cada uno tiene derecho a tener la explicación que más le encaje, por su manera de ser y vivir los acontecimientos”, “La explicación más saludable es la que da un cierto dominio de la situación y te hace sentir capaz de afrontarla”.

Resultados en investigación han señalado la importancia que tiene la creencia que la persona tiene respecto al significado de sus voces y el mantenimiento de éstas (9). En el grupo y en base a la pregunta ¿Qué son las voces para ti? ¿Qué representan?, cada participante expresa su punto de vista y explica el sentido que le da a la experiencia. El profesional puede así ser conocedor de la explicación genuina de la persona y tomarla como punto de partida en el trabajo terapéutico. Sin explicaciones dadas de antemano o hipótesis hechas desde un marco teórico en concreto sino trabajando en equipo en busca de explicaciones compartidas (10).

El hecho de que las explicaciones de la persona escuchadora de voces sean más o menos lógicas o racionales no debe llevarnos a la idea de que son explicaciones inverosímiles, falsas o delirantes sin más, sino ser entendidas desde la lógica de la subjetividad y acogidas con el máximo respeto y tolerancia. No buscamos que la persona sea consciente de que lo que le pasa tiene que ver con un trastorno mental o desvío y no esperamos modificar o imponer nuestras propias creencias. La ayuda pasa por descifrar el sentido del síntoma, integrando la experiencia de escuchar voces en relación a la historia personal, y dar voz al sufrimiento psíquico silenciado.

El significado propio dado a las voces moldea y modula la propia vivencia y lo más importante, aporta sentido al aparente sinsentido alucinatorio. Saber qué significa y representa la experiencia para la propia persona es uno de los puntos de referencia sobre el que volver en todo momento durante el proceso reflexivo del grupo. Como lucha, como dilema, como instinto, como penitencia, etc., diferentes respuestas reveladoras de distintos escenarios. Acercarnos a ellos y conocerlos, está en nuestras manos; ayudar a la persona, donde esté o en lo que quiera que esté, nuestro propósito.

El significado otorgado a las voces está además en constante movimiento. Las respuestas y explicaciones dadas en un principio se van modulando en relación a la interacción con el mundo. Las creencias no son estáticas y reciben información y datos que van armando pensamientos, quizás cada vez, más difíciles de cuestionar, por falta de visibilidad, debate y puesta a prueba.

Uno de los objetivos en el grupo es que estas explicaciones puedan ser presentadas y sometidas al intercambio de opiniones y miradas. Las explicaciones de las voces más benévolas o positivas son comprendidas por el grupo con cierto confort y en los casos en los que las voces representan “cosas malas”, se hace explícito, de alguna manera, que siempre puede ha-

ber un plus de sufrimiento, asociado a las creencias que cada uno tenga respecto a lo que le pasa.

-Creencia personal respecto al hecho de escuchar voces. ¿Por qué crees que escuchas voces?

“Por un fallo en el cerebro”, “Por drogas”, “Porque estoy siendo castigado”, “Por mala suerte”, “Porque me han hecho magia negra”, “Porque estoy endemoniada”, “Por herencia”, “Por impotencia”, “Por estrés, miedo y ansiedad”, “Porque me siento muy solo”, “Por falta de comunicación con los demás”, “Por bloqueo emocional”, “Por crisis emocional”, “Porque el subconsciente sale al consciente”, “Por un cambio radical no asimilado”, “Por experiencias traumáticas”, “Por la mala vida”, “Por dificultades para afrontar la realidad”, “Por supervivencia”, “Por mi historia familiar”, “Porque fui maltratado por mi padre”, “Por golpes”, “Por accidente”,

“Por factores externos de los que no podemos escapar”, “Por dejar la medicación”, “Porque tengo un don especial”, “Porque tengo una misión”, “Por cansancio”, “Porque necesito escuchar algo”.

Como han señalado algunos investigadores, las creencias de tipo metacognitivo respecto al fenómeno alucinatorio influyen en el mantenimiento y evolución (11). Hay personas que entienden la escucha de voces como consecuencia de un castigo, vudú, etc., otras por poseer un don, tener una misión, etc., y es lógico pensar que no tiene la misma repercusión una u otra creencia. La reflexión sobre el porqué abre un abanico de preguntas y posibilidades que ayudan a articular el discurso latente. ¿Por qué las personas escuchan voces? ¿Por qué las escuchas tú? ¿Crees que sólo tú puedes escucharlas?, etc. La respuesta a estas y otras preguntas relacionadas con el origen, ayudan a elucidar el grado de responsabilidad, culpabilidad, distintividad, etc., que se tiene respecto a la experiencia.

Si p.ej. la persona cree que escucha voces porque la están castigando, es interesante saber si cree que merece ese castigo, hasta cuando cree que va a durar, si puede hacer algo para evitarlo, si están castigando a otras personas también, etc. Así podremos ir conociendo, entre otras cosas, sus dudas y convencimientos, su estilo atribucional, las expectativas respecto al cambio, etc.

El papel que tiene la medicación desde la lógica de la persona también es de suma importancia que pueda ser compartido con el profesional. No siempre la medicación es entendida como ayuda y en muchas ocasiones tiene un significado y una función dentro del entramado subjetivo que no es la que nos gustaría y que desconocemos. P.ej. cuando la persona necesita estar en contacto con sus voces porque a través de ellas puede resparar un error y alejarse del sufrimiento, es muy improbable que tome la medicación ya que bajo sus efectos no cree que la mejoría sea posible.

-Funcionalidad de la experiencia. ¿Para qué escuchas las voces?

“Para nada”, “Para descontrolarme como persona”, “Para que se sigan aprovechando”, “Para saber cuándo quieren hacerme daño”, “Para conocer mi ego”, “Para dar voz a las cosas que me preocupan y a las personas”,

“Para reflexionar sobre temas importantes”, “Para resolver un enigma”, “Para recordar”, “Para encontrar qué he hecho mal en el pasado y poder compensarlo”, “Para acercarme a Dios”, “Para predicar”, “Para enfrentar situaciones”, “Para huir de un estado de soledad y tristeza muy profundo” “Para superar momentos difíciles”, “Para dar sentido a la existencia”, “Para responder a un dilema dentro de la lógica”, “Para sentirme ocupada y con una función”, “Para recuperar pérdidas”, “Para adaptarme”.

En algún momento, la persona otorga una función a sus voces, un sentido y un destino, y conocer el plan de acción es fundamental para quienes intentamos acompañar en el proceso. Ante la pregunta ¿Para qué escuchas las voces? ¿Qué finalidad puede tener?, se introduce la reflexión en cuanto a la utilidad y oportunidad que puede ofrecer la escucha.

Que esta función o propósito sea funcional, ya es otro tema. Cuando la persona cree que las voces cumplen una función, podríamos decir emocional o psíquica, es cierto que nos sitúa a los profesionales en una silla de salida más cómoda de cara al trabajo terapéutico y el acompañamiento. Pero no siempre es así y para algunos la voz sólo tiene una función maltratante, sin otro sentido más allá que el de hacer daño.

“Lo que en primer lugar estaba destinado a ser una defensa o barrera para impedir la destructora intrusión en el yo, puede convertirse en los muros de una prisión de la que el yo no puede escapar” (12).

La voz, como solución al sufrimiento psíquico, acaba por camuflarse en el problema de la escucha, y nada más que eso. En el grupo intentamos que las personas que viven sus voces de manera más derrotista puedan apreciar que las voces, al igual que otras experiencias extrasensoriales, pueden ser respuestas de protección ante situaciones de impacto emocional. De esta manera, intentamos ofrecer una apertura esperanzadora en relación a la fatalidad de la escucha y fomentar la idea de proceso, cambio y mejora.

Aunque parezca extraño, la persona escuchadora no siempre tiene como objetivo eliminar las voces (por claudicación, indefensión, masoquismo, seguridad, compañía, etc.) y en caso de querer que no estén, ¿de qué manera imagina que dejará de escucharlas?, ¿qué quiere hacer la persona con sus voces? Si la voces están para resolver un enigma, es lógico que la persona quiera hacerlo guiado por ellas hasta hallar con la respuesta, pero si las voces no sirven para nada y sólo generan daño gratuito, es comprensible que, en principio, el deseo sea que dejen de estar a toda costa.

Es curioso que al preguntar por la ventura de las voces a los participantes del grupo, incluso los participantes que deseaban que éstas se fueran sin más, se planteaban como podía ser ese otro lugar, en el que las voces pudieran estar en calma y sin necesidad de molestar.

-Identidad de las voces. ¿Quiénes son las voces?

“Dios”, “Jesús”, “Mensajeros de Dios”, “Almas”, “Compañeros”, “Familiares”, “Conocidos del pueblo”, “Desconocidos”, “Amigos”, “Espíritus buenos y malos”, “El demonio”

“Espíritus familiares”, “Personas que ahora están lejos”, “Personas que vienen a visitarme”, “Personas muertas”, “Buenas y malas”, “Entes desconocidos”, “Personas del pasado”, “La mujer de la que me enamoré”, “Estudiantes que castigaban a los que reían”, “Mis vecinos”, “Un compañero de trabajo”, “Mi padre fallecido”, “Mis abuelos para decirme que no estoy sola y que me siguen queriendo”, “Espíritus que quieren transmitirme algo y ponerse en contacto”, “Almas oscuras”, “Monstruos”, “Son tres identidades mías, tres culturas, tres religiones”, “Las voces son uno mismo”.

La familiaridad con el dolor y el miedo al cambio, tan puramente humano, están muy presente en el trabajo con las voces. El profesional se encuentra ante una persona que vive una experiencia con mucha intimidad y si la persona decide confiar en el otro y en la relación, es porque de alguna manera hay sitio para uno más.

La reflexión en torno a quienes son las voces nos ayuda a poder entender un poco más y visualizar los posibles contextos en los que la persona se encuentra. En ocasiones las voces son personas del pasado concretas que han compartido con la persona etapas o momentos de su vida, familiares... pero otras veces, las voces pueden ser personas sin identificar o incluso no personas. El trabajo reflexivo pasa por entender qué representan estas voces y seguir completando una explicación sobre el sentido que tienen y su función.

El contenido de las voces y lo que dicen es muy importante, así como el idioma en el que hablan, el tono, la edad, ...ya que dan pistas sobre a qué situación/ es traumática/s o dilema/s pueden estar asociadas. Cuando las voces insultan, maltratan, amenazan... con frecuencia, se esclarece una relación directa entre la voz y la persona que insultó, maltrató... en el pasado, pero no siempre es así, y la relación entre el síntoma y la realidad pasada es más difícil de inferir. Durante los grupos que hemos realizado con frecuencia los asistentes han compartido situaciones de sufrimiento y trauma, y ante la pregunta: ¿Crees que esto de las voces tiene algo que ver con lo que te pasó?, ¿con las cosas duras que te han pasado?, la mayoría de los participantes respondieron que sí.

Así, la identidad de las voces puede obedecer a personas concretas, a aspectos escindidos de la persona, deseos incomprensibles, emociones... lo cierto es que, en algún punto, esas voces están diciendo algo de la identidad y la historia de quien las escucha y, pese a ser grandes desconocidas o seres extraños, de algo se están haciendo cargo, pendiente de resolver.

-Desencadenantes pasados y actuales. ¿Cuándo aparecen las voces?

“Cuando me ascendieron empecé a escuchar una voz que me decía como hacer el trabajo”, “Empezaron siendo agradables pero después se fueron y ahora, aunque creo que siguen ahí, han aparecido otras que insultan”, “De pequeño tenía un amigo que me contaba que se le aparecía una mujer por las noches y yo le dije que se metiera dentro de mí y le dejara en paz. Desde entonces no la siento dentro de mí como tal pero si oigo las voces”, “Al principio era un demonio que me daba mucho miedo cuando era pequeño”, “El inicio lo relaciono con

una conversación a raíz de la cual tuve mucho sentimiento de miedo y desconfianza”, “Empezaron con una experiencia traumática, con un amigo”, “Con un duelo”, “Después de caerme donde trabajaba, de dos metros de altura, sentía la voz de mi marido, cerca de la oreja: ay pobreta, te vas a quedar sola”, “Empecé a escuchar la voz poco antes de morir mi padre, con 19 años”, “La primera experiencia de escuchar voces la relaciono con mi hermana, la echaba de menos”, “Vivía una situación de intensa soledad cuando aparecieron”, “Cuando me maltrataban en el colegio, no pude ser yo mismo durante esos 10 años”, “Después de morir mis abuelos, les escuchaba en voz para que supiera que no estaba sola”, “Pequeña, con 7 años, ya había pasado lo peor”.

La falta de comunicación y el desuso del lenguaje facilitan que la alucinación aleje a las personas no sólo de los otros sino también de ellas mismas y de su historia, dando vida a partes de ésta a través de sus voces y en el exterior. Partimos de la idea de que existe una relación entre el origen de las voces y la biografía del paciente, especialmente con determinadas experiencias traumáticas y de impacto emocional (13-14). Entendemos así que la aparición del síntoma no es casual y que las voces con frecuencia comienzan a raíz de un trauma o problema social o emocional (15).

A través del grupo se invita a las personas a pensar sobre su historia vital y situaciones de impacto emocional. Tanto a nivel familiar, como académico o profesional, amigos, pareja, etc. en el grupo hablamos sobre la historia de la persona y el momento de la vida en el que apareció la voz/voces por primera vez (preocupaciones, miedos, proyectos...). Preguntamos por el choque emocional y las primeras respuestas y reacciones. Así, al preguntar por sus vidas y paralelamente hablar de sus voces, ayudamos a entrelazar discursos y relacionar experiencias. Por suerte, pese al “esfuerzo” de la psique por alejarse del daño exterior y tomar distancia emocional a través de las voces, el contenido de éstas queda teñido por las experiencias traumáticas de la persona (16).

Respecto a la primera vez, prácticamente todos los participantes recordaban la aparición de la voz/voces. Algunos como prolongación de un amigo imaginario, otros como complemento a una visión, gradual o bruscamente, voces de personas de la calle o de los que ya no están presentes, etc., cada experiencia, un mundo.

En relación al ¿Cuándo?, es útil también que la persona pueda identificar desencadenantes en el momento actual que hacen que sus voces sean más frecuentes, hablen con un tono más alto o se vuelvan más agresivas, ya que ante determinadas situaciones, las voces pueden verse moduladas y no ser una experiencia del todo o nada. Algunas personas refieren que sus voces están presentes todo el día, a todas horas y de una manera muy intensa y, registrando variables como la frecuencia, duración o la intensidad, la persona puede tomar conciencia de que hay matices. Por ejemplo, pensar en hacer alguna actividad o intentar estar ocupado es más fácil si la vivencia no ocupa todo el tiempo o si al menos, no es siempre tan intensa. Aprender a identificar qué momentos son más óptimos y cuales son de máximo atrapamiento o enganche, ayuda a acotar la percepción de continuo malestar y predispone a la acción.

“Cuando estoy solo aumentan las voces” “Tengo más voces cuando estoy con mucha gente y siento ansiedad”, “Cuando no hago nada”, “Bajo presión y estrés”, “Con ruidos”, “Si hay murmullos”, “Al ir a dormir”, “Por la noche, cuando me siento más desprotegido”, “Ante el espejo”, “Cuando siento pena”, “Culpa”, “Responsabilidad”, “Miedo y desconfianza”, “Paranoia”, “Cuanto más conflictos tengo, más voces escucho”, “Cuando estoy lejos de mi madre y se preocupa”, “Cuando consumo”, “Si me siento cuidado, me calmo y hablan un poquito más bajo”, “También se relajan si formo parte de algo”, “Las voces vienen y van sin avisar, me hablan cuando quieren”, “Me hablan todo el tiempo”.

La sensación de control aumenta si puedo atribuir la aparición o la intensificación de las voces en relación a algo y establecer una relación entre un suceso, situación, emoción... y la voz. Si no, el descontrol a veces sitúa a las personas como meros espectadores-pacientes de la experiencia, generando indefensión e impotencia y sin esperanzas de mejora.

-Relación con las voces y estrategias de afrontamiento. ¿Cómo es la relación con tus voces? ¿Cómo te manejas?

“Muy íntima, que tiene que ver con la relación conmigo mismo” “Una relación de investigación y curiosidad”, “Cuando yo las domino no me molestan tanto”, “Las domesticas aunque son desconfiadas”, “Hago lo que me dicen”, “Me quieren mandar, ordenar y controlar pero yo aprendí a reñirlas”, “Me regañan si no les hago caso”, “No sé qué hacer cuando estoy despierto y van a venir”, “Me distraen pero también me asustan, me critican y se burlan de mí”, “Me obligan, me dan órdenes de hacerme daño”, “Me quitan intimidad”, “Me negativizan”, “Me invalidan”, “Me validan, me acompañan”, “Una de ellas me protege de las demás”, “Implicada y juzgada”, “Cuando estoy triste las busco para sentirme mejor pero cuando las tengo quiero que se vayan”, “Elas sólo quieren hablar, cuanto más las rechazas más insisten”, “Cuantas más voces, más ganas de estar solo”, “Te educan, te tratan con respeto, te obligan a salir y hacer cosas”, “Me caen bien, a veces me ayudan y a veces discuto”, “Me molestan pero las quiero cuidar”, “Es una relación de ayuda excepto cuando me hacen preocupar”, “Me animan y también me amenazan con hacer daño a mis hijos”, “Me hacen sentir una estrella golpeada”, “A veces me dan palizas”, “Me han amenazado con venir al grupo”, “Es una relación soportable”, “Durante el día me tratan bien pero por la noche me insultan”, “De dominio”, “El enemigo en casa”, “Tienen dos caras”, “Una me dice que tenga miedo y la otra que no lo tenga”, “Las buenas me animan y me dan consejos, me dicen buenos días”, “Me dicen que tengo que saber lo que he hecho mal pero también que tome la medicación, pero con medicación me es más difícil recordar y hacer el análisis”, “Son placenteras cuando me hablan de amor”, “Tengo miedo a que no estén”, “Me cuidan”, “Me dicen que viva la vida, que voy a morir mañana”, “Me molestan pero las quiero cuidar”, “Si hubiera hecho caso a las voces ya estaría muerto”, “Si estoy más animado, las voces están más positivas”, “Las voces me enseñan cosas”, “A veces yo las busco”, “Me siento como en un laberinto con rincones”, “Estoy con ellas atrapada, como en una enredadera”, “Las voces no escuchan”.

La reflexión sobre cómo es percibida la experiencia atendiendo a cómo la persona se relaciona con ella

explica también, en gran parte, actitudes, compromisos y lealtades, que condicionan el posicionamiento respecto al síntoma. Los profesionales, en ocasiones, partimos de la idea de que la persona escuchadora de voces quiere eliminar por completo el síntoma y si no es así, lo atribuimos a la falta de consciencia, de enfermedad o de problema, o a la poca necesidad de ayuda. Pero si nos adentramos en la realidad percibida, compleja y llena de matices que rodea la escucha, nos damos cuenta de que la ambivalencia amor-odio suele estar presente en la relación-relaciones con las voces y eso, condiciona inevitablemente la predisposición un tanto ambivalente al cambio.

Así, el hecho de eliminar por completo las voces, pese al sufrimiento tan intenso que pueden generar, no siempre es la opción preferida ya que, complaciente, destructiva, de sometimiento o de ayuda, la relación con ellas posibilita que la cabeza siga pensando, pese a uno mismo y al agotamiento. Así, el cambio, debe ser entendido por la persona escuchadora como un cambio dentro de la lógica emocional en la que se encuentra, respecto a su voz o sus voces, o un cambio con sentido y/o consentido. El profesional debe conocer los matices de esta realidad de relaciones y pensar, junto con la persona, en hacia dónde ir. El objetivo es reducir el malestar psíquico pero antes es importante saber el grado de permiso para el placer/daño que la persona da a sus voces y el tipo de lazo-atadura en la que siente que se encuentra. De esta manera, podremos sumar, desde fuera, y aportar otra mirada, que complementa la suya y posibilite el movimiento. Sin imponer soluciones de mejora que sean percibidas como no ayuda, precisamente por no saber cómo es el grado de atracción y/o atrapamiento respecto a la experiencia.

El tipo de relación-relaciones que la persona tiene con las voces refleja estilos relacionales y situaciones comunicacionales en las que ya ha formado parte (17). Así, la relación con la voz, condensa de algún modo un tipo de comunicación que ya se ha dado, en cierta manera en el pasado, y el tipo de atrapamiento, una analogía de atrapamientos anteriores provocados por situaciones enloquecedoras y de sufrimiento.

Durante el grupo en relación a esto planteamos, entre otras, la siguiente pregunta: ¿Alguna vez en tu vida te han hablado así? o ¿te has sentido así con alguien antes de que las voces aparecieran? La respuesta de todos fue afirmativa. Así pues, la excepcionalidad de la experiencia puede ponerse en relación con la historia de la persona y pensar que a lo mejor ella ya ha estado allí, antes de que las voces vinieran a recordárselo. Es por ello quizás el cierto grado de familiaridad, compromiso, resignación o aceptación que, pese al impacto, se genera en relación a la vivencia. Porque de algún modo ya se ha vivido antes y sean lo que sean las voces, de alguna manera u otra, le concierne.

Aunque la relación sea definida de una manera determinada (amistosa, ambivalente, destructiva, de sometimiento...), somos conscientes de la complejidad y la riqueza de matices y registro con las voces,

igual que ocurre en la relaciones interpersonales. Nos podemos enfadar un día con un amigo y luego reconciliarnos, ser dañados y a la vez sentirnos culpables... y es ésta complejidad y movilidad emocional la que hace posible el cambio y el paso de una relación disfuncional con las voces a una relación funcional.

Cuando la persona escucha más de una voz también es interesante saber cómo es la relación con cada una y ver las diferencias y los registros emocionales que se ponen en juego. La idea es que la persona sea quien tenga el “poder” y no ser tiranizada por ellas ni por las reacciones que le provocan. En este sentido, ayudarnos de las voces más benévolas o compasivas e identificar los recursos de la persona frente a las más agresivas y dominantes, es de gran ayuda en el proceso, de cara a devolver y fomentar una imagen de dominio y seguridad.

La metáfora puede ser de gran utilidad a la hora de representar la relación con las voces en diferentes momentos. Atrapada, atada, inundada, perdida, seducida, absorbida, etc. son diferentes maneras de expresar el estado emocional en el que la persona se encuentra y visualizarlo, a través de una imagen, es de ayuda para profundizar en ese paisaje subjetivo y empatizar con él.

En relación al tipo de manejo y afrontamiento con las voces es muy importante saber qué estrategias pone la persona en marcha para reducir el malestar cuando las voces le molestan:

“Rezar”, “Disfrutar con cosas que me gustan”, “Distraerme”, “Pasear cerca de casa”, “Pensar”, “Descansar”, “Dejar el pensamiento interno y pensar con pensamiento externo”, “Sentido del humor”, “Les digo varias veces que no estoy disponible en ese momento”, “Negocio con ellas”, “Hablo con ellas unas horas al día”, “Les he puesto un nombre un poco ridículo y así siento que tengo más control”, “Me hago una meta”, “Escucho la radio”, “Escucho música”, “Leer”, “Yoga, Reiki”, “Buscar apoyos”, “Un abrazo”, “Superarme”, “Tener una estructura de vida”, “Transformar lo negativo en positivo”, “Pido ajuste medicación”, “Las catalogo como meditación”, “No hacerles caso”, “Ignorarlas”, “Dejarlas pasar”, “Les digo que a ellas también las vigilan y las ven el resto de personas”, “Hablar de ellas me ayuda a controlarlas”, “No puedo hacer nada”, “Tengo que hacerles caso porque si no, se rompe el encanto”, “Gritar”, “Me aílo para que me dejen en paz”, “Tener una vida y estar ocupada”, “Utilizar rituales y ceremonias para dar voz a las voces”.

Los problemas y la cronificación pueden aparecer cuando el sujeto se enfrenta a las voces con una estrategia inadecuada (18). Lo que entendemos como cronificación pasa a ser entendido como soluciones no eficaces ante el “problema”³ de la escucha. De esta manera, trabajar para encontrar y/o reforzar soluciones que sirvan pasa a ser una posibilidad terapéutica, más allá del intento farmacológico. El protagonismo de la persona como agente activo y facilitador de cambio y mejora pasa a un primer plano. Las voces, al igual que en las relaciones, se ven influidas en función de nuestros esquemas, comportamientos, res-

³A veces las soluciones intentadas no son adecuadas por el hecho de plantear la escucha sólo como problema. No ser contextualizada la experiencia en base a la historia vital ni conectar con la funcionalidad del síntoma puede generar más sentimientos de indefensión-persecución y facilitar estrategias más de tipo evitativo-fóbico respecto a la propia psique y respecto a las voces.

puestas, etc. El escuchador de voces afecta también a las voces, luego las puede calmar en un momento determinado, comprender, limitar, controlar, etc. y tener más poder del que cree. Por ejemplo, si una persona tiene dificultades de asertividad en las relaciones es lógico que también le cueste tenerla respecto a las voces.

Cómo relacionarse con las voces de una manera más funcional es, a la vez, cómo relacionarse con recuerdos y experiencias del pasado, protagonistas en la realidad emocional del presente; como si las voces vinieran a re-escenificar enredos emocionales a los que hay que enfrentarse una y otra vez. Preguntar también sobre las estrategias utilizadas en el pasado ante las situaciones de impacto puede ser esclarecedor, tanto para rescatar recursos propios como para pensar en estilos de afrontamiento..

Respecto a las estrategias más de tipo evitativo hay que tener especial cuidado. A pesar de la creencia de que el debate sobre las voces es un terreno resbaladizo y estéril que no ayuda a la persona a desenredarse de sus problemas, en investigación se ha evidenciado que el trabajo desde la aceptación de la experiencia (19) ofrece posibilidades terapéuticas interesantes y que es, precisamente este intento de evitación, uno de los factores que contribuye al mantenimiento de lo que se pretende evitar (20).

Esto no quiere decir que la distracción y estar ocupado sea un error, al contrario, son estrategias que normalmente ayudan. El problema es cuando la persona se esfuerza en evitarlas, como un fóbico que no quiere exponerse al objeto temido y cada vez se vuelve más monstruoso.

Es importante subrayar los sitios, objetos, rituales, etc. de seguridad para la persona y destacar los recursos propios que le ayudan. Así, el sentido del humor, la paciencia... pueden ser rescatados como puntos fuertes que forman parte del equipo. También es importante fomentar la demanda de ayuda como estrategia y el hecho de confiar en algunas personas.

-Más allá del grupo. ¿Dónde hablar de las voces?

“Es mejor no hablar de las voces con nadie porque te tratan mal, de loco”, “No es fácil hablar de las voces, es una experiencia muy íntima”, “Me han marcado con la palabra loco”, “En la calle veo a gente hablando sola como a mí me ha pasado”, “Tengo miedo de hablar de las experiencias psicóticas porque tengo miedo de sentirme mal”, “Oculto lo que me pasa para no preocupar a otros”, “Cuando nos vayamos, no nos queda otra, que continuar disimulando”, “Hace poco intenté hacer un amigo pero cuando supo que tenía esquizofrenia empezó a tratarme de manera diferente y a distanciarse”, “Yo también tengo derecho a empezar de cero”, “¿Cómo explicamos esto?”, “Nos tratan como si fuésemos farolas, todos igual”, “Tengo miedo de asustar a la gente con mis experiencias”, “Tengo el diagnóstico de trastorno bipolar y no hablo de las voces para que no me pongan más diagnósticos”, “Llevo 40 años sin decir nada de esto y prefiero mantenerlo así” “Me gustaría que avanzara más la ciencia de la psiquiatría para darnos más explicaciones”, “No comprendo porque de este tema no se escribe más o se estudia más”, “Que hagan

cómics de esto”, “Hay mucho de que hablar”.

Desde dónde nos situamos los profesionales o desde dónde ayudar no es una tarea fácil. Inmersos en una realidad asistencial, la labor del profesional en lo que respecta a la salud mental se limita muchas veces a cumplir con exigentes expectativas y re-dirigir lo patológico hacia la normalidad en el mínimo tiempo posible. La experiencia subjetiva corre el riesgo de ser pasada por alto, a pesar de los esfuerzos de investigadores y clínicos que trabajan en el campo de la psicosis (21), el tiempo para la escucha es un lujo y la tolerancia hacia lo que se desvía es difícil de manejar dentro de la rigidez del sistema.

Las respuestas del entorno además suelen ser poco comprensivas y el silencio y el disimulo, pasan a ser la postura elegida para seguir adelante de la manera más tranquila posible. Como señalan Martínez Barbero y cols. (22), las personas no hablan o dejan de hablar ante la falta de confianza e incomprensión y no por falta de ganas de compartir la vivencia.

En palabras de M. Desviat: “Desde unos y otros lugares, disciplinas de la salud o saberes profanos, surge la necesidad de otro discurso y otra clínica. No se trata de ignorar las teorías y herramientas hasta ahora conseguidas por la psiquiatría, la psicología, la sociología y otras disciplinas afines. Todo lo contrario. La cuestión que se propone es resignificarlas en el contexto histórico actual, en el marco de la salud mental que parta del sujeto, de la subjetividad proyectada en lo común, que permita cohabitar la diferencia y desde ella reformular las respuestas asistenciales, clínicas, sociales” (23).

Y en lo que respecta a la valoración de la intervención, es decir, del propio grupo, presentamos a continuación un resumen de las opiniones más destacadas y las frases más representativas en respuesta al cuestionario.

Utilidad del grupo.

En lo que respecta a la utilidad del grupo, los participantes destacan como muy beneficioso poder compartir la experiencia. Tanto por la escucha como por el desahogo emocional, el hecho de tener la oportunidad de pensar y hablar con otros sobre las voces, es percibido como algo positivo que ayuda a sentirse mejor.

Al igual que hablar de las voces, les ha resultado ventajoso tener la posibilidad de hablar de situaciones dolorosas pasadas y de impacto emocional, la mayoría de las veces pendientes de verbalizar y sin entenderlas desde el prisma del sufrimiento acumulado y la relación con el síntoma. Relacionar estas situaciones a su vez con lo alucinatorio y entender la escucha de voces como una experiencia humana comprensible y desde el respeto total por la vivencia, les ha facilitado poder hablar con más libertad y menos miedo.

La actitud receptiva de los compañeros, la acogida y aceptación por parte del grupo también ha sido percibida como útil y de gran ayuda para la apertura emocional. Y no sólo el clima emocional les ha ayudado, también la información en primera persona aportada por los compañeros les ha servido para comprender más a sus voces y comprenderse mejor

ellos mismos.

Por último, señalan que les ha sido útil la mirada esperanzadora transmitida en el grupo. El hecho de recibir apoyo, aportar ideas, pensar en equipo y entenderse sin etiquetas, les ha ayudado a sentirse más capaces y útiles.

“He podido escuchar experiencias parecidas”, “He podido escuchar diferentes vivencias, multitud de opiniones”, “Hemos hablado de las voces, algo que no se hace normalmente”, “He podido comparar experiencias”, “Sentirme mejor al haber podido explicarme y sentirme escuchada”, “He podido exteriorizar el suicidio de mi padre”, “He podido hablar de mis abusos sexuales cuando era pequeña; es la primera vez que lo hago y ha sido positivo, gracias al grupo que me ha escuchado”, “Hemos compartido mucho”, “Todos aportamos un grano de arena en el oasis que cada uno está buscando”, “Han salido muchos hechos traumáticos de los que nos podíamos sentir culpables y que al exteriorizarlos en grupo podemos llegar a la conclusión de que se deben a causas externas a nosotros”, “Me ha servido para quitarme las penas de encima”, “Me ha ayudado a analizar mejor mi mente y diferenciar la voz real de la irreal”, “A conocerme mejor”, “Comienzo a entenderme”, “Todos nos hemos abierto un poquito y hemos aprendido un poco más”, “Me ha servido para poder averiguar de dónde proviene el trauma de una voz conocida”, “He podido hablar sin miedo, sin tener la sensación de que se burlan de mí”, “ Me he sentido acompañada y he podido hablar de las voces, que fuera no me dejan”, “Destaco la aceptación, el compañerismo, ver que hay otras personas en mi misma situación, la acogida calurosa y sensación de protección”, “He sentido que la vida es bonita”, “Un grupo positivo y lleno de vivencias”, “Lo mejor de estar hospitalizada ha sido poder venir y compartir mis vivencias”, “Gracias por dejar expresarnos libremente”, “Hoy he visto el final del túnel”, “El grupo ha sido lo justo”.

Aprendizajes.

Los aprendizajes percibidos giran alrededor de la comprensión de la experiencia, el autoconocimiento y las estrategias de convivencia, cambio y bienestar. Los participantes del grupo creen que el grupo les ha ayudado a ser más compasivos con ellos mismos, a través de un clima de tolerancia hacia lo diferente y curiosidad por lo ilógico. La identificación con los otros y con sus historias ha ayudado a que puedan definirse de una manera más indulgente y a sentirse menos solos y menos raros. Sin banalizar el sufrimiento ni minimizar el riesgo asociado a la escucha.

Des-demonizar la experiencia de escucha de voces, entendiendo su función adaptativa, les ha ayudado también a fomentar la idea de cambio y proceso. Con el reconocimiento de sus puntos fuertes y sus recursos, y el hincapié puesto en la idea de la supervivencia emocional, han aprendido más sobre las voces y sobre sus voces.

También destacan el aprendizaje en relación a la convivencia con éstas. Descubren estrategias nuevas y otras maneras de sobrellevarlas, bajo el prisma del empoderamiento y la responsabilidad.

Por último, señalan como aprendizaje aspectos rela-

cionados con la importancia del entorno. Tanto por las ayudas, oportunidades, situaciones facilitadoras... ya sea a nivel familiar, soporte social, etc. como por los estresores o situaciones desencadenantes de malestar, la interacción es constante con el mundo y las voces no son ajenas a esta interacción. Aprender a escucharse y afrontar la vida es incluido en el proceso de convivencia y trato con las voces. La confianza en el cambio pasa a un primer plano y el aprendizaje es el camino.

“Que no soy rara, ni loca, ni nada de lo que anteriormente se me ha dicho”, “Que a la compañera de al lado también le pasa o le ha pasado lo de la música o estribillo, que se repite en el cerebro antes de ir a dormir”, “Que se tranquiliza más una persona estando en un grupo”, “Que no estoy solo con los problemas”, “Que a veces no estoy preparado para decir lo que siento”, “El solo hecho de estar en el grupo ya me produce la sensación de que he aprendido algo”, “Todos somos humanos y tenemos derecho a oír voces”, “Todo el mundo tiene una ligera enfermedad mental, hasta mi madre que es lo que más quiero”, “Yo soy ellas y ellas son yo”, “Nos puede pasar a cualquiera”, “Las voces pueden ser producto de un proceso de adaptación”, “Somos personas normales pero por causas de la vida percibimos la realidad de manera diferente”, “Todos hemos tenido problemas en la vida y los hemos afrontado con o sin la enfermedad”, “No nos hemos traumatizado por los hechos que nos han acontecido en la vida o hemos intentado no hacerlo”, “Existen diferentes maneras de afrontar los problemas”, “Las voces pueden ser traumáticas”, “Hay diferentes voces”, “Son más comunes de lo que parece”, “Oír voces no supone ser un enfermo mental”, “Se pueden controlar, solo hace falta encontrar la manera adecuada”, “Hay que saber escucharlas”, “Siempre necesitamos escuchar algo”, “Desde la memoria se pueden escuchar voces”, “Es importante aprender a valorarse”, “Hay que saber valorarse uno mismo y tener a alguien en tu entorno que te valore un poco”, “Los factores estresantes, en mi caso el consumo de cannabis, me produce oír voces”, “Las voces se pueden dominar”, “Estando ocupado, con familia o los amigos, desaparecen las voces”, “Se puede compartir la enfermedad con los familiares y así nos entienden mejor”, “Hay familias lo suficiente abiertas de mente como para que este tema pueda ser aceptado en algunas casas”, “A veces pensamos cosas de los demás que son inciertas”, “Depende de cada uno quitarse la etiqueta”, “He aprendido a encontrar la solución cuando las voces me agobian”, “Encontrar más recursos para amortiguar las voces”, “Conocer otras estrategias gracias a la lista de estrategias”, “Saber que en otros países en el mundo están más adelantados que el nuestro en este tema y quizás algún día el nuestro también lo esté”, “ Que en el trastorno bipolar también se pueden escuchar voces”, “Que pueden ser varias las causas que las producen”, “Veo las cosas de otra forma”, “Cada día que pasa, aprendemos a solucionar y a llevar la esquizofrenia”, “Siempre, cuando menos te lo esperas, recibes una sorpresa”, “Se puede superar la enfermedad”, “La vida también es posible vivirla con voces cuando no es exagerado”, “Hay que ser valiente, perdonar el daño que causa la vida y tirar para adelante”, “Tenemos que aprender a aceptar la muerte”.

Propuestas para futuros grupos:

Respecto a las propuestas de mejora e ideas para futuros grupos, los participantes responden y plantean

nuevos interrogantes respecto a la metodología del grupo y a su contenido.

Aspectos como la temporalidad del grupo es cuestionable y si seis sesiones son suficientes. Hablar de la vivencia es percibido como algo fundamental pero a la vez delicado y que debe ser cuidado. No se trata de hablar por hablar, los participantes lo tienen claro y creen que dedicar más tiempo a estas cuestiones es importante.

También se plantean el hecho de abrir el grupo a otras modalidades alucinatorias y experiencias extrasensoriales. Acotar el contenido del grupo y centralizarlo en las voces para algunos de los participantes resulta algo artificial y complicado, ya que sus vivencias parten de alucinaciones multimodales, etc.

El hecho de enfatizar y priorizar la práctica, es decir, el manejo y las estrategias de afrontamiento, también ha sido destacado como algo importante de cara a futuros grupos. Ofrecer herramientas que ayuden con las voces y conocer historias reales de personas que se encuentran mejor, con o pese a sus voces.

El material escrito y audio-visual ofrecido durante el grupo ha sido bien recibido y percibido como ayuda y en relación a los registros de las sesiones, interesa la idea de realizar actas post-sesión de manera conjunta que sirvan como material para futuros grupos.

"Hace falta más tiempo para hablar de temas tan importantes"; "El mundo de las voces es muy extenso y no se comprende de una sola vez, es poco a poco, con más tiempo"; "La sesión se me ha hecho corta"; "Debería durar más, más días"; "Abrir el grupo a experiencias que no sean sólo las voces"; "Hablar del tema más extendido, de las vivencias y las visiones"; "Hablar más sobre técnicas para prevenirlas, además de no dejar la medicación"; "Profundizar más en las estrategias para que en un futuro no nos vuelva a pasar"; "Conocer otras estrategias y ver si nos ayudan"; "El grupo debería ser mayor, para saber más de la gente"; "Dar más fotocopias de opiniones y vivencias, ha estado bien"; "Dar material con historias de superación"; "Hacer actas de las sesiones, para ayudar a otros"; "Más silencio".

DISCUSIÓN

Las personas que escuchan voces responden y se responden adoptando teorías sobre sus vivencias y explicándose lo percibido en busca de sentido. El grupo de escuchadores de voces centra su atención en estas creencias e inquietudes, que son las verdaderas guías y protagonistas del trabajo reflexivo.

Acogido tanto por el personal como por las personas ingresadas y percibido como lugar de encuentro y reflexión, el grupo ofrece durante el ingreso alternativas al aislamiento y al silencio. El propio equipo se ve moldeado y dirige el "manejo" de las voces hacia una intervención más sensibilizada en el acompañamiento, la escucha, la aceptación y el respeto por la experiencia. La asistencia y participación es alta y el interés respecto al espacio se hace notar en la unidad. Su carácter voluntario permite remarcar lo significativo de la asistencia.

De acuerdo con los resultados obtenidos en relación al propio grupo, se ha podido constatar que la inter-

vencción es percibida como útil en cuanto que fomenta la expresión, la escucha, el intercambio y la esperanza. Así mismo, la normalización y comprensión de la experiencia, el autoconocimiento y la creencia en el cambio, forman parte del proceso de aprendizaje.

La experiencia también nos ha permitido ser conscientes de las pocas oportunidades que tienen las personas de poner en común este tipo de vivencias. Ninguno de los participantes había asistido a un grupo para hablar de las voces. El tabú en relación a la locura y el miedo asociado a lo desconocido y diferente, dificultan que los diálogos y conversaciones en torno a lo inusual-excepcional se expliciten y formen parte del discurso colectivo. Las personas quieren dar voz a sus vivencias pero la opción de no hacerlo es tentadora en una sociedad ajetreada y evitadora.

Seis sesiones son poco para compartir todo un mundo de experiencias. Las limitaciones de la intervención respecto a la temporalidad son evidentes. El riesgo de abrir puertas que luego no van a poder cerrarse por falta de tiempo es un riesgo que el terapeuta debe minimizar al máximo. Por otro lado, los que no acaban el grupo o lo dejan son, en la mayoría de los casos, por motivos de alta y limitaciones y dificultades para continuar desde fuera (distancia al hospital, etc.). El hecho de que la unidad sea un lugar de paso y que se priorice el trabajo rehabilitador, aún más, fuera del hospital, dificulta la estabilidad del grupo y que todos los participantes puedan acabarlo.

Se plantea la posibilidad de abrir el contenido del grupo a otras experiencias extrasensoriales. La centralización del discurso en las voces no siempre ha sido posible y es que la realidad vivencial es mucho más rica y compleja y no se limita a la escucha. Las visiones, imágenes, sensaciones corporales, alucinaciones multimodales, fenómenos de telepatía, etc. forman parte también de la realidad de muchos de los participantes del grupo y haberlo compartido nos ha ayudado a entender mejor la variedad de matices posibles, tantos como personas.

También es valorable el tipo de registros y material aportado en las sesiones. Se puede pensar en la posibilidad de explicitar lo hablado en actas de las sesiones de cara a las sesiones y grupos siguientes, a modo de conocimiento acumulado. Quizás, la necesidad de confidencialidad se entrecruce, incluso se anteponga, con la de ayudar a otros y salir del anonimato.

Por último, nos planteamos de cara a futuros grupos incluir más documentales, bibliografía, resultados en investigación, etc. y ofrecerlo como material adicional, ya que el hecho de recibir información sobre otras voces ha sido percibido por los participantes como algo interesante y positivo.

CONCLUSIONES

La sociedad no está preparada aún para escuchar a aquellos que sufren por lo no visible pero las personas, en general, quieren hablar de sus voces. Sienten curiosidad por saber qué piensan otros respecto a lo innombrable y re-descubrir si son únicos, raros, especiales o de otro planeta. Reconocerse a sí mismos a través del otro, con la necesidad de entender qué

les pasa y en busca de sentido.

Como profesionales de la salud mental, debemos continuar fomentando el cambio de mirada, del síntoma a la vivencia, dejando a un lado conceptos que incapaciten a las personas y trabajando desde la aceptación. No se trata de banalizar el sufrimiento ni el daño que puede estar asociado a la escucha sino, muy al contrario, se trata de poder escucharlo, a través de las voces y más allá de éstas, con el fin último de ayudar a las personas a ser ellas mismas.

Creemos que compartir realidades libera y pensar en grupo ofrece posibilidades de cambio. Escuchar a otros y ser escuchado, con total aceptación y desde el máximo respeto, dejando a un lado las etiquetas e intentando conocer a quién hay realmente detrás del síntoma y cual es su historia de lucha y superación.

Consideramos necesaria la realización de grupos como el expuesto no sólo en unidades hospitalarias sino también en recursos extra-hospitalarios y comunitarios. Espacios de encuentro y diálogo, posibilitadores de autoconocimiento, que irrumpa en lo visible y rompan con el estigma tan asociado a la experiencia alucinatoria. Si no, el disimulo continuará siendo una de las mejores estrategias, el tabú persistirá vigente para las próximas generaciones y los grupos de voces formarán parte de lo alucinatorio dentro del sistema sanitario, y fuera del mundo.

Escuchar voces no atañe sólo a unos pocos. Es el eco del daño. La inmortalidad del sufrimiento y a la vez, la lucha y su denuncia. Oír cómo suena y ser testigo de lo que se mantiene en pie, a pesar de la tragedia, debe ser acogido desde la ética y lo colectivo. Sólo de esta manera, las puertas del manicomio podrán acabar de abrirse.

AGRADECIMIENTOS

Mis agradecimientos a Aida Mallorquí, que me mostró la puerta, a Cristina Gisbert y Claudi Camps, por brindarme la oportunidad de poner en marcha este proyecto, y a las personas y voces que han pasado por el grupo, por confiar y compartir.

REFERENCIAS

- Jenner JA, editor. Terapia integradora focalizada en las alucinaciones. Madrid: Fundación para la Investigación y el Tratamiento de la Esquizofrenia y Otros Trastornos, 2017.
- Baker P. The Voice Inside. Chester: Handsell Publications; 1995. [consultado 10-8-2017]. Disponible en: http://sindominio.net/versus/paginas/actividades/Textos_jor/text/Baker.htm
- Gutiérrez-Colosía MR, Salvador-Carulla L, Salinas-Pérez JA, García-Alonso CR, Cid J, Salazzari D, et al. Standard comparison of local mental health care systems in eight European countries. *Epidemiol Psychiatr Sci* 2017 Sep; 1-14.
- Gisbert C, Mitjà I, Oliveras P, Fernández E. Rehabilitación psicosocial hospitalaria: cambios ante las nuevas demandas. *Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria* 2012; 11 (1): 93-105.
- Wykes T, Parr A, Landau S. Group treatment of auditory hallucinations: Exploratory study of effectiveness. *Br J Psychiatry* 1999; 175: 180-85.
- Perron B, Munson M. Coping with voices: A group approach for managing auditory hallucinations. *Am J Psychiatr Rehabil* 2006; 9 (3): 241-58.
- Romme M, Escher S. Dando sentido a las voces. Guía para los profesionales de la salud mental que trabajan con personas que escuchan voces. Madrid: Fundación para la Investigación y el Tratamiento de la Esquizofrenia y Otros Trastornos, 2005.
- Livingstone S, Ruddie A. Hearing Voices Group. A CBT-Based Group Intervention for Psychosis Manual. South London and Maudsley NHS Foundation Trust Kings Health Partners-Psychosis Clinical Academic Group; 2012, p. 29.
- Chadwick P, Birchwood, M. The omnipotence of Voices: A cognitive approach to auditory hallucinations. *Br J Psychiatry* 1994; 164: 190-201.
- Geekie J. Escuchar las voces que oímos. La comprensión de los clientes de las experiencias psicóticas. En: Read J, Mosher LR, Bentall RP, editores. *Modelos de Locura*. Barcelona: Herder; 2006, p. 181-195.
- Morrison A.P, Nothard S, Bowe, S.E, Wells A. Interpretations of voices in patients with hallucinations and non-patient controls: a comparison and predictors of distress in patients. *Behav Res and Ther* 2004; 42: 1315-23.
- Laing RD. El yo dividido. Un estudio sobre la salud y la enfermedad. Madrid: Fondo de cultura económica, 1964.
- Larkin W, Read J. Trauma infantil y psicosis. Revisión de los datos. En: Romme M, Escher S, editores. *La psicosis como crisis personal. Un abordaje basado en la experiencia*. Madrid: Fundación para la Investigación y el Tratamiento de la Esquizofrenia y Otros Trastornos; 2012; p. 77-90.
- Read J, Goodman L, Morrison AP, Ross CA, Aderhold V. Trauma infantil, pérdida y estrés. En: Read J, Mosher L, Bentall R, editores. *Modelos de locura. Aproximaciones psicológicas, sociales y biológicas a la esquizofrenia*. Barcelona: Herder; 2006, p.271-306.
- Romme M, Escher S. Dando sentido a las voces. Guía para los profesionales de la salud mental que trabajan con personas que escuchan voces. Madrid: Fundación para la Investigación y el Tratamiento de la Esquizofrenia y Otros Trastornos, 2005., p. 29-38.
- Fromm-Reichman F. Psicoterapia intensiva en la esquizofrenia. 4ª ed. Buenos Aires: Hormé, 1994.
- Perona-Garcelán, S. A psychological Model for Verbal Auditory Hallucinations. *Rev Int Psicol Ter Psicol* 2004; 4 (1): 129-53.
- Escher S, Romme M, Buiks A, Delespaul P, Van Os J. Independent course of childhood auditory hallucinations: a sequential 3-year follow up study. *Br J Psychiatry* 2002; 181 (43): s10-s18.
- García Montes JM, Pérez Álvarez M. ACT como tratamiento de síntomas psicóticos. El caso de las alucinaciones auditivas. *Análisis y modificación de conducta* 2001; 27 (113): 455-72.
- Hayes SC, Wilson KG, Gifford EV, Follete VM, Strosahl K. Experiential Avoidance and Behavior Disorders: A Functional Dimensional Approach to Diagnosis and Treatment. *J Consult Clin Psychol* 1996; 64 (6): 1152-168.
- Geekie J, Read J. El sentido de la locura. Barcelona: Herder, 2012.
- Martínez Barbero MA, Coca Pereira MC, Pérez Villalba G, Martínez Hernández MV. Escuchando la voz de las personas que escuchan voces. *Rev Asoc Esp Neuropsiq* 2017; 37 (131): 39-61.
- Desviat, M. Cohabitar la diferencia. De la reforma psiquiátrica a la salud mental colectiva. Madrid: Grupo 5, 2016.

Tabla 1

GRUPO DE ESCUCHADORES DE VOCES. UNIDAD DE REHABILITACIÓN HOSPITALARIA DE GIRONA.	
PROTOCOLO	
Sesión 1: El sentido de la experiencia. ¿Qué son las voces para ti?	
-	Explicación del encuadre grupal y puesta en común de las expectativas de cada miembro respecto al grupo.
-	Exploración del conocimiento de los usuarios respecto a las voces en general. <i>¿Qué creéis que piensa la gente de las voces?...</i>
-	<i>¿Qué son las voces para ti?</i> Creencias acerca de sus voces.
-	Ejercicios de normalización e impacto. A través de material audiovisual, resultados investigaciones, lecturas ... se ofrece información actual sobre las voces con el objetivo de normalizar la experiencia y hablar sobre el estigma social asociado.
Sesión 2: Creencia personal respecto al hecho de escuchar voces y funcionalidad. ¿Por qué crees que escuchas voces? ¿Para qué escuchar las voces?	
-	<i>¿Por qué crees que escuchas voces?</i> Creencias metacognitivas respecto al hecho de escuchar voces.
-	Información y debate sobre hipótesis actuales que tratan de explicar la escucha de voces.
-	<i>¿Cuál es el propósito de escuchar las voces?, ¿Para qué?.</i>
Sesión 3: Identidad de las voces y relación con las voces. ¿Quiénes son las voces? ¿Cómo es la relación con ellas?	
-	Profundizando en las voces: características de las voces, identidad.
-	Comunicación con ellas y tipo de relación.
Sesión 4: Desencadenantes pasados y actuales. ¿Cuándo aparecen las voces?	
-	Reflexión sobre desencadenantes pasados. Inicio y aparición de las voces.
-	Historia vital. Relación escucha de voces y sufrimiento silenciado.
-	Reflexión sobre desencadenantes actuales de la aparición de las voces, variables moduladoras (de intensidad, frecuencia, etc.).
-	Perfil personal de desencadenantes y diario de voces.
Sesión 5: Estrategias de afrontamiento. ¿Cómo te manejas con ellas?	
-	Puesta en común de estrategias de afrontamiento ante las voces.
-	Entrega de un listado con estrategias utilizadas por otras personas escuchadoras de voces.
-	Calidad de vida. Ayuda y limitación con las voces.
Sesión 6: Más allá del grupo. ¿Dónde hablar de las voces?	
-	Red de apoyo y escucha.
-	El papel de los dispositivos sanitarios y las oportunidades en la comunidad para hablar de las voces.
-	Comentarios y reflexiones finales.

Tabla 2

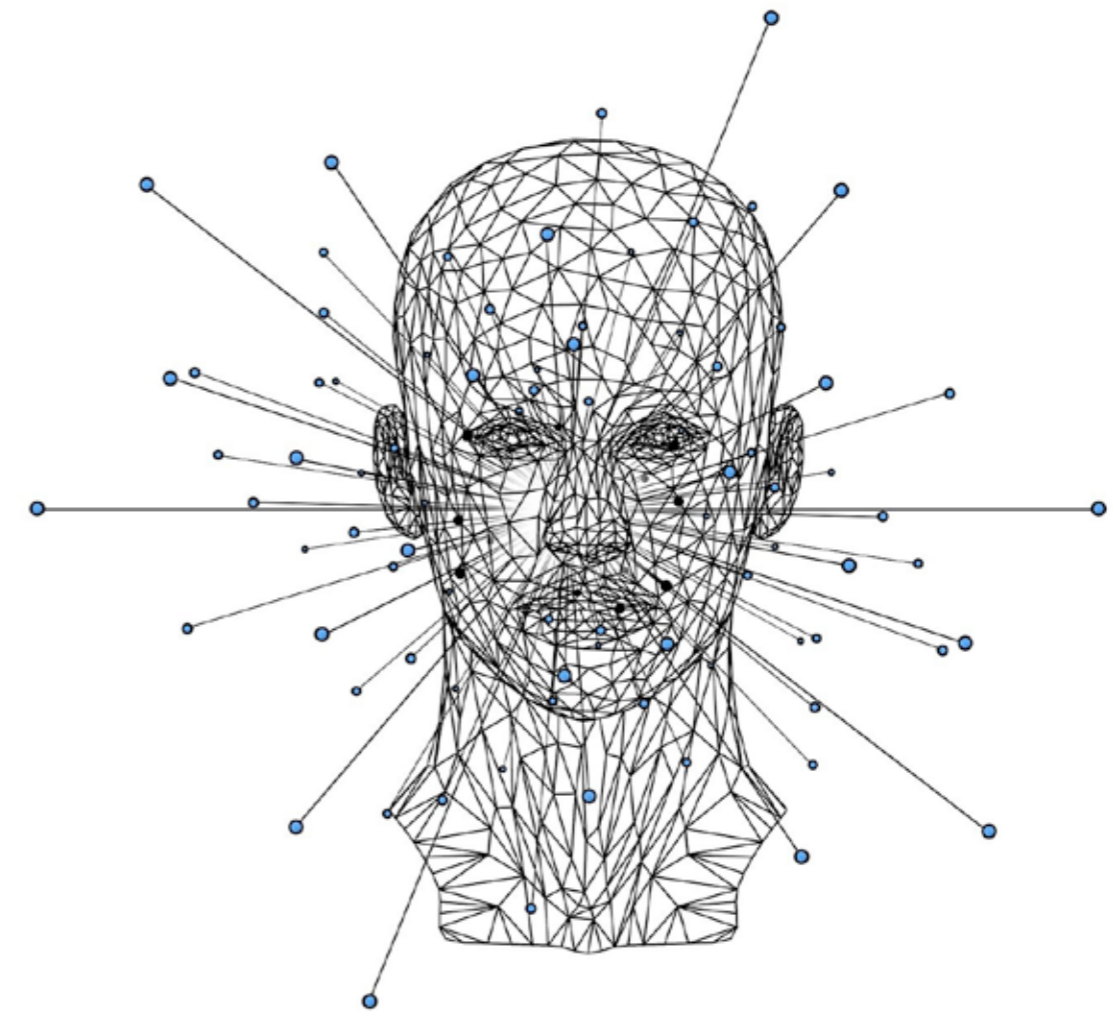
SESIÓN NÚMERO:

FECHA:

Escribe algo que te haya parecido útil de la sesión de hoy:

Escribe algo que hayas aprendido hoy en el grupo:

¿Qué se podría haber mejorado? Propuestas para futuros grupos:



GRACIAS POR HABER VENIDO HOY AL GRUPO Y CONTESTAR A LAS PREGUNTAS.