

Al respecto del fenómeno de las alucinaciones auditivas.

El fenómeno de las alucinaciones auditivas, desde un punto de vista fenomenológico existencial, ha sido en general poco estudiado. Aproximadamente en un 60-70% de las personas que las sufren y reciben medicación, las voces suelen remitir, sin embargo, no sólo se plantea el problema del 30-40% de personas que son refractarias a este tratamiento, sino a su vez el de las llamadas recaídas en los casos de la utilización de la medicación como único recurso.

Se trata de un fenómeno, en la mayoría de los casos, doloroso por el carácter intrusivo de las voces. Así pues, el desarrollo de instrumentos y estrategias terapéuticas novedosas para afrontarlo, y en la medida de lo posible atravesarlo, es una necesidad.

Intentar aportar nuevas prácticas de ayuda para las personas que escuchan voces, para su entorno inmediato y para los trabajadores de la salud mental y de lo social implicados, es lo que nos ha llevado a editar este especial escucha de voces. Las aportaciones que se recogen no son una panacea, tal cosa no existe, pero sí nuevos elementos útiles basados, en algunos casos, en experiencias e investigaciones de más de 15 años.

Hemos recogido un resumen de las posiciones históricas y actuales de la psiquiatría y la psicología "oficiales" sobre este fenómeno y realizado un trabajo de traducción de prácticas terapéuticas que hasta el momento en lengua castellana, que nosotros sepamos, eran inéditas. A destacar los testimonios de personas que escuchan voces.

Resaltamos la labor de la red *Intervoice*, no sólo en la forma de abordar el problema sino en su práctica socializadora vía formación de grupos de escuchadores de voces, para, entre otras, intentar deshacer el estigma que el marco social impone sobre las personas que sufren tal experiencia.

La redacción de este boletín (en referencia a *El rayo que no cesa* n.d.e) considera que las prácticas terapéuticas recogidas en este especial escucha de voces merecen, junto a otras, ser consideradas para su estudio, debate y desarrollo.

Las alucinaciones auditivas vistas desde la psiquiatría y psicología "oficiales". Conchi San Martín

Con el siguiente texto pretendemos dar a conocer cómo se aborda la experiencia de la alucinación, y en concreto de la alucinación auditiva, desde modelos ortodoxos de la psiquiatría y psicología. Creemos que tal introducción es importante dado que se plantean aspectos que únicamente suelen ser accesibles a los "expertos y profesionales" en el tema y, especialmente, porque en último término son el tipo de directrices que definen la práctica habitual, en el diagnóstico y tratamiento de las personas que padecen tales experiencias.

Es a principios del siglo XIX cuando se van a sentar las bases para la definición médico-psiquiátrica de la experiencia alucinatoria. En este contexto, autores como Ball, Esquirol o Baillarger son pioneros en el intento de delimitar este fenómeno, al tiempo que dejan patente la dificultad de su definición conceptual. Clásicamente, el fenómeno alucinatorio se ha venido definiendo como: percepciones sin el correspondiente objeto externo que las produzca, y/o como una alteración en el juicio de realidad. Esto es, la persona ve, oye..., siente cosas que otros no pueden ver, oír o sentir, cosas que no están realmente presentes. Por alteración en el juicio de realidad se entiende que "el paciente" confunde o fracasa en distinguir lo que es real de lo que no lo es, está convencido de que su experiencia es real y no puede controlarla voluntariamente siendo su conducta consecuente con la experiencia alucinatoria.

Decíamos que el intento de definir conceptualmente este fenómeno ha traído no pocos quebraderos de cabeza. Por ejemplo, uno de los debates históricos aún por resolver ha sido el intento de diferenciar entre pseudoalucinaciones o alucinaciones psíquicas, pálidas o aperceptivas -la persona siente cosas en su espacio interno, no relacionadas con una modalidad sensorial concreta- y alucinaciones psicosenoriales o verdaderas -la

persona percibe en ausencia del objeto real y tales percepciones se vivencian en el espacio externo. Sí que existe consenso en diferenciar el fenómeno alucinatorio de otros tipos de experiencias como, por ejemplo, las distorsiones perceptivas e imágenes anómalas en las que el estímulo real está -o ha estado- presente pero se deforma y la persona no está convencida de la realidad de tal percepción. Pueden experimentarse en estados de gran cansancio y/o ansiedad, o justo antes de ir a dormir o al despertar, o pueden inducirse voluntariamente (por ejemplo, cuando se forman figuras con las nubes o las llamas del fuego).

Las alucinaciones suelen diferenciarse según la forma sensorial en que se experimentan: auditivas, visuales, táctiles, olfativas, gustativas, somáticas o viscerales (por ejemplo, sentir que las venas están fuera del cuerpo) y cinestésicas (por ejemplo, sentir que partes del cuerpo se mueven sin control). La modalidad sensorial más frecuente es la auditiva y dentro de ella la verbal -que incluiría tanto el escuchar murmullos ininteligibles, como frases o palabras claras. Para algunos autores, este tipo de alucinaciones pueden estructurarse posteriormente como delirio: por ejemplo, ante la experiencia inusual, extraña de sentir voces, la persona puede acabar concluyendo que existe algún tipo de fuerza (un complot, por ejemplo) capaz de hacerle recibir esos mensajes. En general, las alucinaciones "conviven" con percepciones normales, a excepción de los estados inducidos por algunas drogas o en algunos trastornos orgánicos (para una revisión sintética puede consultarse Belloch et al., 1995).

En la práctica psiquiátrica, la exploración de la experiencia alucinatoria se plantea como fundamental para establecer un diagnóstico adecuado: a través de la misma el psiquiatra debe poder concluir que lo que el paciente realmente experimenta es una alucinación, y para ello suele interrogar directamente sobre su existencia, o bien la infiere a partir de la conducta de la persona. Tal como señala Gastó (1991), los elementos de esta experiencia que serían expresión de enfermedades mentales específicas son:

- 1.-Que se den experiencias alucinatorias numerosas y continuas, ya de forma persistente, ya intermitente.
- 2.-Que haya una pérdida del juicio de realidad: el paciente no duda de la realidad de sus alucinaciones. Esto debe diferenciarse de una cierta aceptación pasiva que se da en ciertos pacientes sin que por ello cambie su convicción.
- 3.-Resistencia a comunicar la experiencia, generalmente por miedo a que se los considere "locos".
- 4.-Las alucinaciones no aparecen aisladas, sino que aparecen dentro de un síndrome.

Al respecto de las alucinaciones auditivas, éstas están consideradas como uno de los síntomas claros de presencia de trastorno mental grave. Ya en 1959, Kurt Scheneider establecía que los siguientes síntomas alucinatorios:

- a.-que el paciente oiga comentarios continuos sobre sus propias acciones,
- b.-que el paciente oiga voces que hablan sobre él en tercera persona y
- c.-que el paciente oiga sus propios pensamientos en voz alta -eco del pensamiento-, eran síntomas de primer rango para el diagnóstico de la esquizofrenia. Estos síntomas siguen

siendo un criterio clave para cumplimentar un diagnóstico de esquizofrenia según los manuales psiquiátricos al uso entre profesionales de la salud mental: DSM IV (1995) - Manual de Diagnóstico Estadístico de los Trastornos Mentales- y CIE-10 (1992) - Clasificación Internacional de Enfermedades. Aunque la ocurrencia de alucinaciones auditivas no es imprescindible para que haya diagnóstico de esquizofrenia, diversos estudios estiman que su presencia en personas diagnosticadas de esquizofrenia es de un 60/70%.

Ahora bien, las alucinaciones auditivas también se dan en otros tipos de patologías, por ejemplo, los trastornos afectivos mayores, estados borderline, delirium, alucinosis alcohólica, epilepsia del lóbulo temporal, tumor cerebral, trastorno paranoide, etc. En el establecimiento de un diagnóstico psiquiátrico, la experiencia alucinatoria verbal sólo se evaluará como síntoma de esquizofrenia si tiene lugar en ausencia de trastorno orgánico, y si el contenido de la misma no está en clara relación con el estado de ánimo de la persona, en cuyo caso estaríamos ante un trastorno afectivo (depresión, manía, etc.) o ante un trastorno esquizoafectivo.

Nos interesa remarcar que en este proceso de exploración psiquiátrica, el contenido de la alucinación únicamente se considera a la hora de realizar un diagnóstico correcto, y cuando se valora que puedan existir tendencias suicidas. Fuera de estas situaciones se considera que no es beneficioso hablar sobre el contenido de las alucinaciones, dado que esto sería una manera de darles más fuerza. Tal como indica Hamilton (1986): "no hay que penetrar en los delirios y alucinaciones del paciente, al contrario, debe animarse al paciente a que los ignore en la medida de lo posible". Consecuentemente a este planteamiento, la intervención psiquiátrica va dirigida a la eliminación de la experiencia alucinatoria básicamente mediante el empleo de medicación neuroléptica -es lo que se llama "tratamiento de elección"- y si se considera necesario bajo régimen de internamiento psiquiátrico.

Que el tratamiento de elección sea de tipo farmacológico implica que se cree que en la base del fenómeno alucinatorio hay algún tipo de disfunción biológica responsable del mismo. Entraríamos pues en el terreno de las diversas teorías etiológicas propuestas -teorías que intentan explicar porqué emerge la alucinación. En este recorrido seguiremos la exposición que de las diversas teorías hacen Slade y Bentall (1988).

Como hemos indicado, las que tienen más peso son aquellas que proponen una disfunción biológica. Esto incluye la posible existencia de alteraciones genéticas, bioquímicas y/o neurofisiológicas. Respecto a las alteraciones genéticas, si bien es cierto que -a pesar de la existencia de numerosos estudios- no se han encontrado relaciones entre la herencia y la predisposición a tener alucinaciones, se prosigue la investigación en este sentido. Otros estudios indican que puede haber alguna alteración bioquímica; son investigaciones realizadas a partir del estudio de los efectos de drogas alucinógenas. Estas sustancias son antagonistas (anulan el efecto) de los neurotransmisores¹ cerebrales (por ejemplo, el L.S.D. es antagonista del neurotransmisor serotonina), por tanto se hipotetiza que los sistemas cerebrales sobre los que estas drogas actúan también pueden ser los que están implicados en la

emergencia de las alucinaciones. En otras investigaciones, se parte de la hipótesis de que en la esquizofrenia la actividad de las vías dopaminérgicas² está alterada, por lo que una disfunción en estas vías también podría ser responsable del fenómeno alucinatorio. Sin embargo, estudios de revisión de los diversos resultados obtenidos concluyen que las bases bioquímicas de la alucinación constituyen aún un interrogante abierto, especialmente cuando se encuentran inmersas en cuadros esquizofrénicos. En este panorama es importante recordar que estudios como los de Falloon y Talbot (1981) demuestran que la medicación neuroléptica fracasa en aproximadamente un tercio de las personas diagnosticadas de esquizofrenia y con alucinaciones auditivas.

Otra vertiente de investigación se sitúa en el terreno de la neurofisiología donde se emplean, por ejemplo, técnicas de exploración de la actividad cerebral como el P.E.T. (Tomografía por Emisión de Positrones). Dentro de la gran diversidad de estudios realizados señalaremos tres líneas de investigación. En primer lugar, aquellas en que se hipotetiza que el estado alucinatorio sería muy similar al estado de sueño, de forma que en el fenómeno alucinatorio estarían implicadas estructuras como el tallo cerebral³ y la formación reticular⁴. En segundo lugar, aquellas investigaciones en que se estudian "en vivo" qué zonas cerebrales están activándose cuando la persona tiene alucinaciones; en el caso de las alucinaciones auditivas han encontrado que se activan zonas de producción y recepción del lenguaje, las mismas que se activan cuando pensamos "silenciosamente". Y por último, también se han hipotetizado disfunciones en el hemisferio derecho de "psicóticos" con alucinaciones auditivas.

En otro nivel estarían las investigaciones que desde la Psicología se ofrecen para explicar el origen de las alucinaciones. Desde este tipo de investigaciones se entiende que la alucinación es resultado de un error en la atribución del origen de la información, es decir, la persona vive algo interno como si fuera externo a ella. Se plantea pues la existencia de déficits o alteraciones en los mecanismos cognitivos -tanto conscientes como inconscientes o automáticos- que permiten decidir si algo es real o no lo es. Es lo que se ha venido a llamar déficits en el Examen de Realidad (Reality Testing). Aunque esta premisa está aceptada por diversos autores, se difiere enormemente sobre las hipótesis propuestas acerca de cuales son los errores cognitivos responsables de esta atribución equivocada.

Si seguimos el modelo propuesto por Slade y Bentall (1988), esta capacidad de discriminar lo real de lo irreal estaría en función de una serie de variables como:

a.-Que exista un elevado nivel de activación o arousal, por causas fisiológicas o psicológicas (p.e. situaciones de elevado estrés emocional). Esto explicaría que se den alucinaciones por ejemplo en personas que viven situaciones de secuestro, tortura, privación sensorial, etc.

b.-La existencia de factores que predisponen a la persona a tener alucinaciones, factores que pueden ser biológicos pero también psicológicos (p.e. déficits en la atención, en la

memoria o también una alta sugestionabilidad.

c.-Una carencia de estimulación ambiental ya sea por sobreestimulación -que bloquearía nuestro sistema cognitivo impidiendo que pudiéramos procesar toda la información que nos está llegando- o por infraestimulación -p.e, en situaciones de aislamiento. En ambos casos, aflorarían imágenes internas para mantener nuestro nivel de conciencia.

d.-Las alucinaciones pueden ser reforzantes para quien las padece, puesto que se ha encontrado que tanto en la fase previa al episodio alucinatorio como en la fase alucinatoria hay un incremento del arousal o activación -especialmente activación del sistema nervioso autónomo- de la persona, y justo después del episodio alucinatorio, ésta recupera un arousal normal.

e.-La existencia de expectativas y creencias. Se ha indicado que ante determinado tipo de instrucciones las personas con alucinaciones auditivas tienden a ver o escuchar eventos inexistentes con mayor probabilidad que aquellas personas que no las tienen.

Estos planteamientos llevan a diseñar otro tipo de intervenciones más allá de la medicación neuroléptica, aunque siempre se muestran como complementarias a ésta. Destacaremos las siguientes:

Las *Técnicas Conductuales*, donde al paciente se le refuerza positivamente (se le premia) cuando no tiene el comportamiento patológico y se le refuerza negativamente (se le castiga) cuando lo tiene -por ejemplo mediante la técnica de la Economía de Fichas⁵. Este tipo de intervención conlleva serios problemas éticos y, tal como muestran ciertos estudios, sólo incrementaría el que la persona aprenda a que: "es mejor no hablar de las alucinaciones". Estas técnicas todavía se emplean en la práctica psiquiátrica, especialmente dentro de instituciones, aunque su "prestigio" y "eficacia" han sido repetidamente puestos en duda.

Los llamados *Tratamientos de Distracción*, donde se emplean métodos como escuchar música, taponos auriculares, o tareas que implican una actividad vocal -por ejemplo tararear o leer en voz alta. El ejemplo más claro y extendido sería la Terapia Walkman -escuchar música o una grabación. Estos métodos parecen disminuir la frecuencia de las alucinaciones auditivas. Como limitaciones de estas técnicas se ha indicado que sus beneficios sólo se dan mientras la persona participa en el "experimento", es decir, no se generalizan a su vida cotidiana.

Por último, estarían los *Tratamientos Cognitivos* en que se emplean técnicas de focalización de las voces -frente a las técnicas de distracción. Los objetivos son: identificar cuáles son las creencias, pensamientos y emociones de los pacientes hacia sus voces, y el que los pacientes reinterpreten su experiencia como proveniente de su interior. Esto se consigue promoviendo la autoobservación del propio paciente hacia sus experiencias alucinatorias -por ejemplo, llevando un "diario de alucinaciones"-, la discusión razonada con el terapeuta, la

creación de situaciones que contradigan la experiencia de la persona para facilitarle esta reinterpretación y el empleo de técnicas de relajación para disminuir la angustia. Desde estos planteamientos se entiende que la reacción ante las voces está mediada por los pensamientos que tenga el/la paciente acerca de la autoridad y poder de las mismas, o sobre las consecuencias de desobedecerlas. Esto no siempre está en relación al contenido de las voces sino que está en relación a la intención que el paciente les atribuye. Incidir sobre estas creencias puede disminuir la actividad de las voces. Estos planteamientos son relativamente nuevos, restringidos al ámbito de la investigación, y con algunas incursiones "piloto" en las instituciones públicas especialmente en Inglaterra.

Como puede desprenderse de esta exposición, no podemos dejar de señalar el enorme abismo entre el estudio de técnicas de intervención psicológica y la práctica habitual en el tratamiento de las alucinaciones, básicamente de tipo farmacológico y de contención.

C. S.

1. Neurotransmisores: biomoléculas, sintetizadas generalmente por las neuronas, que intervienen en la sinápsis neuronal (transmisión de información de unas neuronas a otras). Se vierten, a partir de vesículas existentes en la neurona presináptica, hacia la brecha sináptica y produce un cambio en el potencial de acción de la neurona postsináptica. Los neurotransmisores más conocidos son la acetilcolina, la norepinefrina, la dopamina y la serotonina.

Las drogas de acción cerebral (psicofármacos y otras) actúan en alguna de estas etapas, potenciando la acción de los neurotransmisores o aportando alguna de estas biomoléculas cuando la síntesis neuronal es insuficiente.

2. Vías dopaminérgicas: Sistemas o "circuitos" de transmisión de la dopamina (neurotransmisor), desde su síntesis en la neurona presináptica hasta que es asimilada por los receptores de la neurona postsináptica. Los receptores dopaminérgicos participan en gran número de efectos farmacológicos, incluyendo los de agentes tranquilizantes, antidepresivos, antiparkinsonianos y estimulantes y en patologías neurológicas y psiquiátricas, como la enfermedad de Parkinson o la esquizofrenia y en fenómenos de adicción a drogas.

3. Tallo cerebral: habitualmente se conoce esta estructura cerebral como tronco del encéfalo o tronco cerebral. Es la estructura nerviosa que se encuentra en la fosa cerebral posterior, ubicado entre los hemisferios cerebrales, por delante del cerebelo. Está compuesto por el bulbo raquídeo, la protuberancia anular (o puente troncoencefálico) y los pedúnculos cerebrales (o mesoencéfalo). Es la mayor ruta de comunicación entre el cerebro anterior, la médula espinal y los nervios periféricos. También controla varias funciones incluyendo la respiración, regulación del ritmo cardíaco y aspectos primarios de la localización del sonido. Está formado por sustancia gris y blanca.

4. Formación reticular: Parte específica del tallo cerebral o tronco encefálico que forma parte del sistema nervioso extrapiramidal. El sistema extrapiramidal controla principalmente la actividad postural estática, mientras que el sistema piramidal interviene fundamentalmente en los movimientos voluntarios. El sistema extrapiramidal está formado por una red de neuronas localizadas en regiones específicas del encéfalo y del tronco encefálico, tales como núcleos basales, formación reticular, núcleos vestibulares y núcleo rojo. Los neurotransmisores implicados en la función del sistema extrapiramidal son dopamina, serotonina, acetilcolina y ácido gamma-aminobu

5. Economía de Fichas: Técnica de modificación de conducta, muy utilizada por la psicología cognitivo-conductual, que combina el refuerzo positivo con el castigo negativo y el manejo del autocontrol. Se definen con el paciente/cliente una serie de conductas deseables, que son las que pre-

tenden fomentar, y otras negativas a evitar. Se le premia con un reforzador simbólico (unas fichas que pueden ser cruces en un cuadro, tabas, pegatinas, etc) cuando realice alguna de las conductas definidas como deseables. Cuando llegue a determinada cantidad, puede canjear las fichas por un premio material o social. Del mismo modo que se recompensan las conductas deseables, aquellas que se consideran inadecuadas se castigan con la retirada de fichas seguida de un castigo (material o social) cuando se pierdan determinado número de fichas (como el carné por puntos). Se trata de una técnica utilizada fundamentalmente en terapias individuales con niños pero su uso, con algunas modificaciones (más duro) se ha generalizado en cárceles, psiquiátricos y otras instituciones.

BIBLIOGRAFÍA:

American Psychiatric Association (A.P.A.) (1995). *DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson

Belloch, A.; Sandín, B. Y Ramos, F. (Eds.) (1994). *Manual de Psicopatología. Volumen I y II* Madrid: McGraw-Hill

Gastó, C. (1991). *Psicopatología de la percepción*. En J. Vallejo (Ed.) *Introducción a la psicopatología y psiquiatría* (pp.164-177). Barcelona: Masson-Salvat, Ediciones Científicas y Técnicas, S.A.

Hamilton, M. (1986) *Psicopatología clínica de Fish*. Madrid: Interamericana.

Falloon, I.R (1985). *Relapse: A reappraisal of assessment of outcome in schizophrenia*. Schizophrenia Bulletin, Vol 10 (2), 293-299.

Organización Mundial de la Salud (O.M.S.) (1992). *CIE-10. Trastornos mentales y del comportamiento*. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Madrid: Meditor.

Schneider, K. (1959/1963). *Psicopatología clínica*. Madrid: Paz Montalvo

Slade, P.D. y Bentall, R.P. (1988). *Sensory deception*. Londres: Croom Helm.

Charlando con Paul Baker sobre el fenómeno de la escucha de voces, la "psicosis" y el desarrollo comunitario (Febrero del 2001)

EL RAYO QUE NO CESA: Antes de entrar de lleno a hablar sobre tu trabajo y el de la red *Intervoice* sobre el fenómeno de la escucha de voces, nos gustaría que para la gente que lee este boletín te presentaras, y explicaras un poco tu historia en el terreno terapéutico y qué es lo que actualmente estás haciendo.

PAUL BAKER: Ante todo, quisiera dar las gracias por esta oportunidad para charlar de mi trabajo con los lectores de *El Rayo Que No Cesa* y espero que esto resulte útil para vuestra práctica.

En primer lugar tengo que decir que yo no soy terapeuta. Mi bagaje profesional se sitúa en el terreno del Desarrollo Comunitario. En los primeros años de mi vida laboral trabajé con organizaciones comunitarias y grupos de jóvenes, intentando intervenir sobre los problemas causados por el paro, la pobreza y la falta de recursos comunitarios.

Frecuentemente era contratado sin intermediarios por la gente para la que trabajaba y por tanto era directamente responsable ante ellos. El trabajo consiste en ayudar a la organización y el desarrollo de grupos que se plantean crear cambios positivos. Se trata de cultivar la búsqueda de los posibles caminos para superar la resistencia y los obstáculos al cambio. Aprender a manejarse con aquellos que en nuestra sociedad tienen el poder, tomando de ellos parte de ese poder o al menos haciéndoles ver que también son responsables de la forma en que ejercen el poder. Es otro modo de practicar la democracia, pero de una manera mucho más directa que a través de las urnas.

Me involucré por primera vez en temas de salud mental a finales de los años setenta. Estaba trabajando como Dinamizador Comunitario y pusimos en marcha un proyecto para encontrar voluntarios que visitaran e hicieran amistad con los pacientes de un hospital psiquiátrico muy viejo e institucionalizado. Muchos de esos pacientes estaban en el hospital desde hacía infinidad de tiempo, a veces y en algunos casos sin una razón justificada. Mi experiencia en ese hospital, que fue originalmente construido en el siglo XIX como un asilo-taller para pobres, me

mostró hasta qué punto la vida podía ser inadvertidamente brutal con los pacientes.

Los malos tratos estaban generalizados, los derechos humanos ignorados, pero nadie le prestaba atención, porque no había nadie que pudiera verlo. O, para ser más precisos, no había nadie que pudiera verlo que no hubiera sido previamente condicionado para considerar lo anormal como normal, condicionado para no cuestionar las agresiones, la deprivación de la dignidad humana y la falta de oportunidad de elección y de posibilidad práctica de ejercer poder por parte de los pacientes. Todo se justificaba porque las víctimas estaban "locas" y eran marginadas.

El proyecto, que había empezado como una forma de potenciar la amistad, pronto se convirtió en algo más: Empezamos a abogar por los pacientes que conocimos, presionando a las autoridades para que reconocieran sus derechos como seres humanos. Estábamos escandalizados por lo que veíamos, los institucionalizados trabajadores psiquiátricos se habían vuelto ciegos. Aprendí algo significativo: Que las personas corrientes tienen un importante papel a jugar en cambiar la forma en que los servicios de salud tratan a los pacientes, un papel que proviene del hecho de que las personas corrientes pueden ver que lo que ocurre en esos hospitales no es aceptable socialmente, mientras que el proceso de institucionalización que padecen los trabajadores de la salud mental hace muy difícil que tomen conciencia de ello.

Durante los últimos veinte años he intentado mantenerme al margen del sistema psiquiátrico, en una posición crítica hacia éste. Esto ha supuesto que me involucrara en el desarrollo de servicios que abordaran temas relativos al sufrimiento psíquico rechazando el modelo médico y al margen de la psiquiatría. Un ejemplo de este trabajo es el punto de encuentro informal que al inicio de los años ochenta abrimos en Manchester, llamado *Common Place* (Lugar Común) y que estaba gestionado por las gentes que lo usaban.

El enfoque de *Common Place* se centraba en intervenir sobre el aislamiento y la soledad - no sobre la enfermedad como tal-, y muchas de las personas que lo usaban eran personas psiquiatrizadas. Cuando abrimos el centro, fuimos criticados y acusados de irresponsables; se pensaba que al capacitar a las personas con problemas psiquiátricos para ser responsables de la gestión de su propio centro los estábamos poniendo en situación de riesgo. Este miedo provenía de la creencia de que las personas psiquiatrizadas son potencialmente peligrosas y que eso podía traer problemas. Durante los quince años que el centro estuvo abierto, nunca hubo ningún problema de ese tipo. De hecho *Common Place* llegó a ser la parte más visible de una creciente red de soporte comunitario que existe hasta el presente.

En resumen, yo era parte de un grupo de ciudadanos preocupados por cuestiones relativas a la salud mental, que creían en la posibilidad de romper las barreras entre los llamados locos y los llamados sanos, y que buscaban trabajar con aquellas personas que experimentan problemas de salud mental. Nuestra prioridad: Promover los derechos humanos y las respuestas humanas al sufrimiento psíquico. Nos entendíamos a nosotros mismos como un

contrapunto a la psiquiatría tradicional, a la que considerábamos severamente limitada en su actitud y perjudicial en sus resultados.

Fue también en ese momento cuando me involucré en el *Colectivo Editorial Asylum*. *Asylum* se define como una revista por la psiquiatría democrática y devino una voz para opiniones y preocupaciones que habían sido ignoradas durante largo tiempo. *Asylum* fue influida por el trabajo del *Movimiento de Psiquiatría Democrática* en Italia. Forjamos una relación con el servicio de salud mental de Trieste⁶, que yo visité con grupos de supervivientes⁷ y trabajadores de la salud mental en varias ocasiones, compartiendo ideas y experiencias. La otra rama de nuestro trabajo por aquel entonces, y que fue una influencia importante en nuestra posterior práctica con las personas que oyen voces, fue la actividad común con el emergente movimiento de supervivientes de los tratamientos psiquiátricos, que incluía a la *Campaign Against Psychiatric Oppression* (Campaña Contra la Opresión Psiquiátrica) y *Survivors Speak Out* (Los Supervivientes Hablan Claro), en Inglaterra. Era precisamente en este punto donde se manifestaba nuestra diferencia con el centro de Trieste, que estaba, quizás, menos preocupado, en aquel entonces, por la necesidad de involucrar directamente a los usuarios en la planificación, desarrollo y gestión de los servicios de salud mental. Podría explicar aquí muchas más cosas...

Para ponerlos al día sobre lo que hago hoy, os diré que ahora vivo en Alicante, en el estado español, desde hace cinco años. Mi actividad actual consiste en desarrollar un directorio de información en salud mental en Internet y dedico mucho tiempo a trabajar en el "ciberespacio", en el último confín para un trabajador del desarrollo comunitario: ¡La comunidad "virtual"!

EL RAYO: Considerando que tienes una larga experiencia en el trabajo con personas que oyen voces, y por tanto en el estudio del fenómeno de la escucha de voces, nos gustaría saber qué piensas sobre la postura de la psiquiatría oficial, que afirma que tal fenómeno tiene una causa orgánica o fisiológica y lo considera síntoma de esquizofrenia o de depresión psicótica.

PAUL: En efecto, si tú oyes voces que hablan sobre ti o te hablan a ti, especialmente de forma despreciativa, y se lo cuentas a un psiquiatra, no deberías sorprenderte de que considere que tienes uno de los principales síntomas de la esquizofrenia o alguna otra grave enfermedad psiquiátrica. Los psiquiatras están formados para identificar la forma que la voz experimentada toma; desde su punto de vista, si tú oyes "personas" que te hablan y no están presentes, entonces estás alucinando. Y para ellos esta es la única cuestión significativa. No se interesan en absoluto por lo que las voces digan. Esto es así porque la psiquiatría mayoritaria está preocupada por la forma en que la condición física del cerebro afecta a la manera en que pensamos, en consecuencia, si nuestros pensamientos causan problemas, entonces debe haber algo físico que va mal en nuestro cerebro.

La psiquiatría oficial no ha pensado de forma muy profunda sobre este fenómeno y en el pasado ha mostrado muy poco interés en la naturaleza de las experiencias de las personas que oyen voces. La psiquiatría sólo está interesada en la información que las personas dan sobre las "alucinaciones auditivas" como un indicador o síntoma de enfermedad. No ha considerado la naturaleza de la experiencia y nunca ha preguntado a las personas que oyen voces qué significado tiene para ellas. Además, nunca se ha mostrado interesada en la narración de la experiencia de oír voces, debido a que nunca ha prestado atención a las alucinaciones más que en las personas que sufrían, desbordadas por su experiencia. La perspectiva que la psiquiatría oficial sostiene, teniendo en cuenta todo lo dicho, no es pues sorprendente, pero es errónea.

Cuando consideramos que muchas personas que oyen voces pueden afrontarlas, y la larga experiencia, en la historia de la humanidad, de oír voces, podemos llegar a otras conclusiones distintas a las de la psiquiatría y psicología oficiales. Los investigadores, trabajadores y escuchadores de voces con los que trabajo actualmente, creen que es un error considerar la experiencia de oír voces como parte de un síndrome psicopatológico. En lugar de eso, lo consideran más semejante a una variante en la experiencia humana, si queréis, una facultad o diferencia, algo como la homosexualidad, y que definitivamente no debe ser abordada en términos de curación.

Esta visión puede parecer radical, pero está basada en una sólida y cualificada investigación que incluye cuestionarios y entrevistas realizadas por muchas personas que oyen voces; algunas de ellas no han estado nunca en tratamiento psiquiátrico y otras sí. Los hallazgos han sido sorprendentes: El hecho de que las personas que escuchan voces las afronten o no, no está en función del contenido de la experiencia de oír las voces -que pueden ser tanto abusivas y discapacitantes como algo que ofrece una guía y es inspirador, o ambas cosas a la vez-, sino en función de la naturaleza del tipo de relación que la persona que las oye entabla con ellas. En lo esencial, esto significa: Que si crees que las voces tienen el control no puedes afrontarlas, y si crees que eres más fuerte que ellas sí puedes afrontarlas.

EL RAYO: Nos gustaría saber cómo funcionan los diferentes grupos de escuchadores de voces que existen en Holanda, a lo largo de Inglaterra y en otros países. El primer encuentro entre personas que oyen voces organizado por el psiquiatra social holandés, Marius Romme, en los años ochenta, reveló que paradójicamente esa era una experiencia positiva y enriquecedora para algunas de estas personas. Este hallazgo llevó a constituir grupos de escuchadores de voces, en tanto que grupos de ayuda mutua, donde aquellos y aquellas que han desarrollado estrategias de afrontamiento para manejarse con sus voces pueden transmitir a los demás, en especial a las personas que viven como muy dolorosa la experiencia de oír voces, formas positivas de relacionarse con ellas. Al respecto queremos hacerte tres preguntas: ¿Cómo tiene lugar este aprendizaje? ¿El simple hecho de reunirse con personas que comparten la misma experiencia es ya de por sí un factor positivo? ¿Cómo evalúas que las personas que dirigen este aprendizaje de estrategias de afrontamiento en los grupos sean

también personas que han vivido la experiencia de oír voces, y no exclusivamente profesionales de la salud mental y de lo social?

PAUL: Para muchas personas, acudir a un grupo de escuchadores de voces supone la primera oportunidad de hablar libremente de sus voces, al hacerlo con otros escuchadores de voces, y el primer momento en que su experiencia de oír voces es vista como algo real y no necesariamente negativo. En consecuencia, puede significar un importante paso para iniciar el afrontamiento, o para aprender un mejor afrontamiento.

Las personas que oyen voces se sienten a menudo aisladas y un grupo de ayuda mutua les ofrece un espacio donde pueden liberarse a sí mismas de la represión que les ha llevado al silencio sobre las voces tratando, en solitario, de mantenerlas acalladas y controladas en un mundo donde su existencia es claramente negada. Los grupos ofrecen también frecuentes oportunidades para conversar e intercambiar experiencias e ideas con gente que tiene una comprensión intrínseca de la experiencia.

El compartir las experiencias con otros y otras, ofrece a la persona que oye voces la oportunidad de ser más honesta consigo misma, mientras se siente apoyada, vinculada y comprometida con un grupo cuya fuerza proviene de la experiencia común de oír voces. Esto puede dar lugar al crecimiento personal como resultado de un ambiente de aceptación, donde no se es juzgado, que se genera en el grupo después de años de represión. Cuando esto se une a la experiencia positiva que las personas vivencian, al descubrir que hay una gran diversidad de experiencias en el grupo, da más confianza para vivir la propia vida.

Los encuentros del grupo son también una oportunidad, por ejemplo, para compartir bromas que las personas que oyen voces entienden, el humor es importante, y son también un espacio de compromiso social donde los escuchadores de voces más aislados pueden ganar confianza en la socialización y, como consecuencia de ser valorados por el grupo -por las experiencias que han aportado y por el apoyo que han prestado a otros miembros-, pueden alcanzar un sentimiento de creciente confianza en sí mismos y de autoestima. Acudir a un grupo de ayuda mutua para personas que oyen voces proporciona la oportunidad de aprender de las experiencias de otros y de intelectualizar sus ideas a través del intercambio. Puede también potenciar la valía personal, a partir de un sentimiento de pertenencia a un grupo que da a la persona que oye voces un cierto estatus social, como resultado de la experiencia de oír voces, que la sociedad le niega.

Hay profesionales que consideran que los grupos de ayuda mutua pueden ser criticados por ser una forma inferior de terapia. Sin entrar ahora en tal discusión, quiero constatar que los grupos de escuchadores de voces, no son, de todos modos, grupos de terapia. Se forman como respuesta a una necesidad. Esta necesidad es la de la existencia de un lugar donde las personas que oyen voces puedan hablar con libertad y por tanto reducir el peso del estigma de escuchar voces, y consecuentemente crecer en igualdad de oportunidades con aquellos que no oyen voces.

EL RAYO: La misma psiquiatría oficial reconoce que, en el fenómeno de la escucha de voces, en el caso del abordaje con neurolépticos, del 30% al 40% de las personas que son medicadas con ellos se muestran refractarias a tal tratamiento. ¿Qué piensas sobre la utilización de la medicación neuroléptica en el proceso de afrontar las voces?

PAUL: La medicación neuroléptica, que es administrada para reducir los delirios -esto es, el mensaje de las voces o la interpretación que la persona hace de ellas- y las alucinaciones -o más bien, las voces en sí-, es por sí solo un tratamiento insatisfactorio y necesita ser complementado por otras formas de ayuda más útiles. En efecto, es conocido, desde hace tiempo, que no todo el mundo responde a este tipo de tratamiento, e incluso en aquellos casos en los que las drogas reducen la actividad de las voces, a veces, al cabo del tiempo, se descubre el alto coste físico e intelectual de la dependencia a largo plazo de la droga, lo que es en sí mismo un importante handicap.

EL RAYO: Reflexionando sobre vuestro interesante trabajo, se nos plantea a veces la siguiente pregunta: ¿Por qué focalizarlo en las voces en lugar de hacerlo sobre el conjunto de la experiencia psíquica inusual, a la que la psiquiatría y la psicología oficial llaman "psicosis", que incluye también imágenes visuales y ruidos, así como sus interpretaciones, delirantes según la psiquiatría oficial?

PAUL: ¡Buena pregunta! Venimos reconociendo desde hace tiempo lo inadecuado de restringir la gama de experiencias "psíquicas" al limitado término de "escucha de voces". Se trata principalmente de un problema de lenguaje, de, ante el lenguaje patologizante de la psiquiatría con sus términos -"alucinaciones, delirios y psicosis"-, hacer emerger otro lenguaje que no sea discapacitante.

El término "escucha de voces", tiene la ventaja de ser reconocible para mucha gente, es utilizado con frecuencia por la gente, porque es fácil de adoptar. Pero, efectivamente, estamos interesados en toda la amplia gama del fenómeno y tratando actualmente de reconstruir la "psicosis" de la misma forma que hemos hecho con las "alucinaciones auditivas", y no es una tarea fácil.

Hay que tener en cuenta diversas cuestiones: En primer lugar deberíamos recordar, que términos como "alucinaciones" y "delirios" están basados en los juicios de valor que hace la psiquiatría oficial y no son, ciertamente, descripciones clínicas de estados de la mente o síntomas de una enfermedad. Las creencias de una persona pueden ser delirios para otra. Es difícil determinar qué es "la verdad" cuando los términos son aplicados selectivamente, por ejemplo, las falsas creencias de científicos respetados no son nunca consideradas delirios. En segundo lugar, generalmente se asocian otros elementos al uso de semejantes descripciones -"delirios" y "alucinaciones"-, tales como un estatus social bajo, devaluado o degradado, o elementos mediatizados por las ansiedades y preocupaciones de la gente que rodea a la persona que tiene la experiencia inusual. En tercer lugar, no hay diferencias en la

manera en que la gente "normal" forma sus imaginaciones y sus creencias y la manera en que las personas diagnosticadas de esquizofrenia construyen sus "delirios" y "alucinaciones". Y en cuarto lugar, los psiquiatras que utilizan términos como "alucinaciones" y "delirios" nunca consideran la importancia de la historia vital de la persona que tiene esas experiencias o creencias. Estudios recientes muestran que las llamadas alucinaciones auditivas de los pacientes psiquiátricos tienen en realidad plena significación y cobran sentido en el contexto de sus vidas y en el contexto también de la forma en que las han afrontado.

EL RAYO: Constituir grupos de personas que oyen voces es entonces útil y produce resultados positivos. Sin embargo, podría plantearse que existe el riesgo de que el grupo, si se prolonga mucho en el tiempo, fije una identidad, como "escuchador de voces", en cada uno de sus miembros. Conocemos, aunque desgraciadamente poco, la experiencia de un grupo llamado *Colectivo de Psiquiatrizados en Lucha*, que en los años setenta, en el estado español, trabajaba por los derechos de los pacientes. El grupo, al parecer, finalizó sus actividades, entre otros factores, porque algunos de sus miembros habían solucionado sus problemas y no querían ser tratados ya como psiquiatrizados o ex-psiquiatrizados, pacientes o ex-pacientes.

PAUL: Como de algún modo ya dije, los grupos de escuchadores de voces formados a partir de los estudios de Marius Romme y otros y los grupos establecidos en Inglaterra, son efectivamente útiles: Reúnen a gente con experiencias comunes, y compartir experiencias de este modo abre un nuevo espacio de discurso con la exclusión del lenguaje profesional, de poder, de los psiquiatras. Esto tiene efectos potenciadores de la autoestima de aquellos involucrados en el proceso grupal, a través de su implicación en la capacitación, desmitologización y desestigmatización. El significado personal de las voces es entendido y las consecuencias sociales mejoradas. Los aspectos negativos de las voces son por tanto reducidos, y los aspectos positivos acentuados. Las voces dejan de ser percibidas como un problema que debe ser controlado por los psiquiatras, y/o por la medicación. En consecuencia, hay una reducción de la necesidad de medicación y una mejora general del bienestar de la persona.

Sin embargo, y en relación a vuestra observación, los grupos deben, en efecto, siempre estar alerta, tratando de permanecer como un medio para un fin y no como un fin en sí mismo.

Para que sea un medio y no un fin en sí mismo, hay que asegurarse de que el grupo no domina la vida de la persona que oye voces, y de que permanece como un grupo de cambio constante, evitando una visión demasiado limitada que crearía guetos de escuchadores de voces. Para promover el cambio social, los escuchadores de voces deberían ser capaces de hablar libremente en sus casas, en sus trabajos, en sus colegios y en sus universidades, para poder llevar una vida plena y satisfactoria incorporando a las voces en su vida. Los grupos pueden ayudar a ganar la confianza y las habilidades para ello. Idealmente, las discusiones en el grupo deberían incluir también discusiones sobre la forma de afrontar el

rechazo de los demás a aceptar los cambios que consigue realizar la persona que oye voces como resultado de acudir al grupo.

EL RAYO: En cuanto a las técnicas para afrontar las voces, una de las que planteáis es la de estructurar el contacto con las voces.

PAUL: Imponer una estructura en la relación con la voz ayuda a minimizar los sentimientos de impotencia. Es muy valioso ver que tú puedes poner tus propios límites e impedir que las voces tengan una intrusión excesiva en tu vida. Un ejemplo puede ser el de dar a las voces un tiempo al día durante el cual tú las escuchas y, a la inversa, rechazar la escucha si no es conveniente para ti. Esto es algo que puede aprenderse y todo el mundo acaba teniendo sus propias formas de hacerlo.

EL RAYO: Parece que es muy importante para las personas que escuchan voces encontrar una explicación para esta experiencia. En vuestras investigaciones afirmáis que la gente encuentra básicamente tres tipos de explicaciones a su vivencia del fenómeno: Explicaciones psicodinámicas - las voces provienen del subconsciente-, explicaciones fisiológicas -las voces como resultado de un desajuste neuronal o de problemas en la transmisión sináptica- y explicaciones místicas o extrasensoriales. Concretamente en tu libro: "The voice inside" (La voz interior), que es una guía práctica para afrontar las voces, afirmas que las explicaciones basadas en la fisiología no son útiles, porque la gente que asume este modelo explicativo entiende que esta experiencia de oír voces no se relaciona con su forma de vida o con su historia vital y pasa a opinar por tanto que el fenómeno está fuera de sus posibilidades de control y comprensión. ¿No crees que existe el mismo problema con las explicaciones extrasensoriales y con las místicas?

PAUL: El hecho de que haya gente que afirma oír voces en su cabeza que no tienen una causa externa pero que no son reconocidas como algo que proviene de la propia mente, puede parecer al principio raro y extravagante, e incluso atemorizante. Es difícil resistirse a la tentación de describir a esta gente como locos o charlatanes y realmente esta es la visión más común que la sociedad occidental sostiene hoy en día. Sin embargo, esta visión absolutamente negativa de la experiencia de oír voces es relativamente nueva y no era en absoluto compartida por nuestros antepasados. Incluso hoy en día, en África, Asia y otras partes del mundo, e incluso en subculturas en el mundo occidental, oír voces internamente es una experiencia con significado y considerada valiosa. Como dice mi amigo Ron Coleman, la misma Biblia está enteramente escrita por escuchadores de voces: Caín oyó la voz de Dios preguntándole por su hermano asesinado, Moisés oyó una voz que provenía de un arbusto ardiendo, Jonás fue guiado hasta Nínive por una voz invisible...

Parece pues, que hay un insalvable desacuerdo entre la comunidad científica que entiende las voces como alucinatorias y como producto de una mente delirante y aquellos que las hemos considerado como algo que tiene un significado, real e incluso a veces espiritual. A pesar de lo que dicen, aquello que es considerado una alucinación por unos puede ser con-

siderado una revelación por otros. Hasta muy recientemente, la ciencia sostenía que la experiencia de escuchar voces no tenía significado y que era el signo probable de una enfermedad; la idea de que las voces significaban algo fue desechada como misticismo y una evidente tontería. Eso es porque la ciencia médica ha considerado a las voces como una mala interpretación de la realidad por parte de una mente perturbada. Sin embargo, ¿por qué oír una voz que no tiene una causa externa debe ser necesariamente una mala interpretación y un fallo en la verificación de la realidad por parte de la mente?

El nuevo enfoque que estamos desarrollando, requiere que la persona que oye voces abra un espacio para ellas, para escucharlas pero no necesariamente para obedecerlas, requiere ocuparse de ellas, pero en tu propio tiempo y espacio -esencialmente para aprender a controlarlas imponiendo tus propias condiciones, de acuerdo con tus propias creencias y esquemas explicativos. Esta aceptación de las voces es crucial para crecer y encontrar soluciones; una persona que oye voces que haya aprendido estas técnicas puede decir: "Oigo voces, forman parte de mí y me alegro de que estén ahí".

EL RAYO: Descartando la capacidad terapéutica de la explicación meramente o exclusivamente fisiológica, podría sostenerse que muchas personas, no haciendo suya la explicación psicodinámica, se aferran a la explicación extrasensorial, o a la mística, por ser probablemente tipos de explicaciones que aparentemente, aunque pensamos que no a la larga, reducen la ansiedad, al implicar no asumir que las voces son algo que proviene de uno mismo en relación a las propias experiencias vitales. Pareciera, a su vez, que este tipo de explicaciones pueden alimentar la consiguiente creencia de que la única cosa que la persona tiene que hacer para resolver el problema es, análogamente al reducirse a tomar una pastilla en el caso de la explicación exclusivamente fisiológica, realizar un ritual ¿No podría sostenerse que estas creencias hacen difícil trabajar la relación entre las voces y la historia vital de la persona?

PAUL: Creo que la mejor forma en que puedo contestar a esta pregunta es en relación a la experiencia de mi hermano. Él experimentó lo que entendió ser un despertar espiritual, a veces perturbador, incluso atemorizante, y otras veces agradable e iluminado. Hablando de esto último, él sentía la necesidad de adoptar el nuevo mundo en el que estaba viviendo. Esta experiencia ocurrió poco después de que se trasladara a vivir a Manchester al término de la ruptura de una larga relación y de la renuncia a un trabajo en publicidad. A pesar de mis esfuerzos por mantenerlo alejado de la psiquiatría, en la que ahora tengo muy poca fe, acabó en un hospital y fue diagnosticado de esquizofrenia. Avanzo el final feliz de esta historia: el tiempo de internamiento fue corto y más de diez años después mi hermano está viviendo una vida "normal", enseña tai-chi y es el padre de un joven hijo.

Cuando ocurrió aquello, de alguna manera mi falta de fe en su teoría de lo que le estaba sucediendo era una traición. Por aquel entonces, como tantos otros profesionales aun hoy en día, yo estaba tan cegado por la supuesta credibilidad científica de la esquizofrenia que era incapaz de aceptar una explicación alternativa. En lugar de ello, racionalicé la experien-

cia de recuperación de Alan, cuando esta se produjo, como un caso de esquizofrenia no recurrente -tal como se dice que sucede- o como un error en el diagnóstico. Más tarde, empezó a ocurrírseme que lo que él decía era correcto, y lo que yo decía un error. Aunque, en el proceso por el que pasó mi hermano, mis dudas sobre el significado empezaban a formarse, tenía un problema para concretar lo que podía hacer en relación a ello. Durante este período, me sentía inútil y a veces incluso parte del problema a medida que trataba de entender aquello. Pero todo lo que tenía que ofrecerle a mi hermano realmente no eran más que algunas perogrulladas profesionales sobre la necesidad de no escuchar lo que las voces decían. Este era un enfoque extremadamente limitado que equivalía a tratar de distraerle de su experiencia de la voz interior que, obviamente, significaba mucho para él, pero de la que yo estaba excluido y por la que me sentía amenazado.

La experiencia que estaba viviendo era obviamente muy profunda y significativa para él; me pareció que estaba realmente vivo y activo y en contacto con esa experiencia. Él tenía claro lo que le estaba pasando, aunque para mí seguía siendo un misterio y una extraña experiencia mística. No podía entender cómo se había transformado en una persona a la que a veces no conocía. Aunque podía ver que había cierto gozo en lo que experimentaba, había también dolor y desconcierto, y vulnerabilidad debida a su total compromiso para experimentar en profundidad lo que le estaba sucediendo. No fue sorprendente que mis intentos de ayudarlo quedaran obstaculizados por mis propias ansiedades y miedos. Se hizo obvio que aun siendo yo un trabajador de la salud mental, era poco lo que podía hacer para impedir que fuera hospitalizado y sometido a una forma de tratamiento en la que creía poco y que había visto fracasar con muchas otras personas. Aunque siempre había tenido interés en promover y apoyar formas de trabajo que ayudaran a las personas a mantener su propia autonomía ante lo que a veces podían ser síntomas muy angustiantes, me encontré inútil ante la experiencia de mi hermano.

Hubo, de todos modos y como dije, una especie de final feliz para esta historia: Al encontrar él su propio camino para alejarse del tratamiento tradicional y vivir durante un tiempo en una comunidad terapéutica gestionada por una organización llamada *Asociación Philadelphia*, donde trabajaban amigos muy cercanos. Aunque le llevó algún tiempo, encontró sus propias explicaciones y formas de afrontar las voces al margen de la psiquiatría. Lo que más lamentaba era que no hubiera nadie capaz de proporcionarle el tipo de apoyo que él necesitaba para entender la crisis en la que se encontraba. Así es como describió la manera en que debería ser ese apoyo:

"La experiencia para un "psicótico" es abrumadora. Es como ser lanzado a un turbulento río de cambio y no ser capaz de nadar, o como estar en un mundo extraño sin una guía y sin ser capaz de leer los carteles indicadores. Sugiero que debemos aprender a nadar o que alguien debe enseñarnos el lenguaje y a saber algo sobre ese mundo antes de entrar. Obviamente, la confusión y el miedo asociados con la llegada de un mundo inesperado desembocan en angustia y disfunciones. Esto es agravado por la respuesta sociocultural hacia los individuos que aparentemente han perdido el control.

Me gustaría hacer la propuesta de que el llamado estado psicótico es una involuntaria e inesperada inmersión en el mundo del subconsciente. Uso el término subconsciente con mucha cautela, aunque lo encuentro muy útil como medio para describir una parte de la conciencia humana que deja un espacio para experiencias que han sido descritas por muy diferentes personas, por ejemplo, el psicótico, el chamán, el místico, el visionario...

La visión de que el psicótico está accediendo al subconsciente y experimentando fenómenos compartidos con esos otros grupos no es fácilmente aceptada, sin embargo tampoco lo es que esos otros grupos están también experimentando lo mismo. Para expresarlo crudamente, se trata de tu Dios contra el mío.

Espero que un día, aquellos que experimenten la llamada psicosis y especialmente aquellos que ya lo han hecho, sean capaces de encontrar este tipo de soporte. Espero que ello capacite a las personas para dar a su experiencia un fundamento más positivo y a situarla en un marco o contexto que pueda ser fácilmente relatado. Además, espero que una vez capacitadas de esta manera estas personas sean capaces de buscar o emprender una práctica para transformar la experiencia negativa en algo positivo."

La experiencia de mi hermano, aunque a veces perturbaba y provocaba miedo, otras veces era esclarecedora, y me mostró algo de gran importancia: Que la psicosis, o inmersión, era una experiencia que tenía significación y sentido para él. Era también algo en lo que había podido trabajar por sí mismo y que tuvo un resultado positivo. Esto no se cree posible; la psiquiatría considera estas experiencias síntomas de psicosis y que por tanto requieren tratamiento, algo que mi hermano evitó mientras llevaba la etiqueta de esquizofrénico. Se recuperó: una posibilidad que la psiquiatría considera con escepticismo, utilizando, en lugar de recuperación, el término remisión. Y se recuperó sin la asistencia de la intervención psiquiátrica, excepto durante un breve periodo al inicio de la experiencia, y lo hizo sin medicación y sin perder su autonomía. Yo no comprendía cómo pudo suceder, porque por entonces, a pesar de mi propia crítica a la psiquiatría, no tenía otra forma de entender su experiencia que no fuera como una enfermedad mental.

EL RAYO: Un testimonio cargado de enseñanzas el que nos has traído... ¿Cuál ha sido la reacción de los profesionales de la salud mental al trabajo que desarrolláis tú y tus compañeros y a vuestras propuestas? ¿Crees que vuestras prácticas pueden ser asumidas por la red pública de salud mental?

PAUL: La razón por la cual se ha llevado a cabo muy poca investigación en relación al significado de la experiencia de oír voces y su impacto en la gente que las oye, tiene mucho que ver con la prevalencia de la opinión de que lo necesario es el tratamiento médico. Esto es en parte así por el importante papel que el uso de la medicación tiene en el tratamiento de lo que se conoce en psiquiatría por síntomas psicóticos -entre los cuales está la escucha de voces-, en detrimento de otros enfoques, como el hablar de las voces y su significado

para la persona. Estudios médicos han afirmado que "... es una pérdida de tiempo discutir con un paciente paranoico sobre sus delirios...", como por ejemplo plantea el manual psiquiátrico de Slater y Roth, y a muchos trabajadores de la salud mental les provoca ansiedad el hecho de que entrar en el llamado mundo delirante de la persona que oye voces pueda reforzar su enfermedad. En realidad, esta visión se continúa manteniendo entre muchos psiquiatras, algunos de los cuales han reaccionado violentamente a la perspectiva emergente de que la experiencia de las voces no debería ser en absoluto considerada como parte de una "enfermedad", sino como evidencia de algo más, un rasgo humano quizá.

Afortunadamente algo está cambiando y la propuesta de que se puede trabajar con "voces" está encontrando creciente aceptación en Inglaterra y otros países; de hecho existe el peligro de que trabajar con voces llegue a ser sólo otra "nueva terapia". Por ejemplo, los terapeutas cognitivo-conductuales están particularmente interesados en el afrontamiento de las voces, pero lo hacen sin tomar ninguna posición respecto al significado social más amplio de la experiencia de oír voces. Se contentan con permanecer en el modelo de enfermedad.

Hemos constatado que los/as psicólogos y las/os enfermeras/os han resultado ser el grupo profesional más abierto a la nueva perspectiva de trabajar con las voces y los psiquiatras los más cautelosos.

Lo que la investigación ha demostrado también, que es lo más sorprendente, es, como ya dije al principio, que el hecho de que las personas que oyen voces pueden o no afrontarlas, no está en función del contenido de la experiencia de la voz, sino en función de la naturaleza de la relación de la persona con sus voces. Esto quiere decir, en definitiva, e insisto en ello por su importancia: Que las voces sí pueden ser afrontadas. Como resultado de estos hallazgos no se puede sostener por más tiempo la posición que entiende a las voces como parte del síndrome de una enfermedad, como puede ser la esquizofrenia; en lugar de ello, la escucha de voces puede ser considerada como un hecho significativo y real -aunque a veces doloroso, espantoso y desbordante- que le habla a la persona sobre su vida, emociones y entorno, de un modo metafórico. Por ejemplo, la persona que se ve trastornada por voces que la maltratan y son autoritarias, puede frecuentemente reconocer en sus voces a aquello que en el entorno actualmente la está maltratando. Si bien las voces tienen en muchas ocasiones el efecto de atacar los sentimientos de autoestima y valía personal, no se debería olvidar, sin embargo, que algunas personas experimentan voces que les ofrecen una ayuda o una guía, también en momentos traumáticos y de estrés.

Después de haber descubierto este tipo de relaciones, ahora estamos desarrollando técnicas para ayudar a las personas que oyen voces a concentrarse en su experiencia y tratar de conocer mejor sus voces. Esto se opone frontalmente a la psiquiatría y psicología ortodoxas, que asumen que tales "psicopatológicos síntomas" no son susceptibles de insight⁹, ni de tratamientos basados en el habla, y en lugar de ello tratan de distraer de sus voces a los pacientes. Esto resulta no sólo un mal dictamen, sino que es también contraproducente, ya

que tales enfoques discapacitan a la persona que oye voces, al negarle una experiencia que es real, y la imposibilitan para asumir las voces y defenderse ella misma.

EL RAYO: ¿Cuál ha sido la respuesta de los familiares de las personas que oyen voces? ¿Los invitáis a que formen parte de los grupos de ayuda mutua? ¿Cómo les dais soporte?

PAUL: En general los familiares han mostrado actitudes muy positivas hacia este nuevo enfoque. He estado en reuniones públicas donde los familiares han expresado que ojalá hubieran conocido este trabajo antes de que el miembro de la familia que oye voces se hubiera visto involucrado con la psiquiatría oficial, porque eso le hubiera evitado años de problemas.

EL RAYO: Para finalizar, podrías resumir, si te parece, en qué consiste la principal aportación de la red *Intervoice*, que coordina a diferentes colectivos, grupos y personas -escuchadores de voces y profesionales de lo terapéutico y lo social- que trabajan el tema de las voces en diferentes países de Europa y en Japón.

PAUL: La habilidad de las personas que oyen voces para presentar sus propias experiencias es fundamental. Está ya ampliamente reconocida la necesidad de cambiar la situación allá donde la psiquiatría ha negado sistemáticamente la necesidad de escuchar los puntos de vista de aquellos que usan sus servicios y tratamientos. Aunque esto ha cambiado algo, en algunos países, a lo largo de los últimos diez años con el crecimiento de los movimientos de supervivientes de los tratamientos psiquiátricos y la formación de grupos de auto-defensa, el debate se ha limitado a menudo a la crítica de los tratamientos y a los fallos de los servicios de atención comunitaria. La contribución que ha hecho *Intervoice* a este debate, ha sido y es, promover la visión de que son las personas que escuchan voces, incluyendo aquellas que se ven muy perturbadas por ellas, quienes son las expertas, y que no habrá ningún tipo de progreso en la ayuda a las personas que oyen voces para afrontarlas hasta que los profesionales de la salud mental no trabajen en una relación de acompañamiento con ellas.

Para empezar, esto implica que los profesionales escuchen las experiencias y explicaciones de las personas que oyen voces, y desarrollen conjuntamente con ellas estrategias que puedan ayudar a las personas que viven esa experiencia a conseguir un control sobre ésta.

Este enfoque es obviamente extrapolable a otros temas y como forma de intervención ha tomado en cuenta las experiencias de los proyectos de Desarrollo Comunitario realizados en un amplio abanico de comunidades. El Desarrollo Comunitario, como una forma de trabajar, ha sido ampliamente utilizado por activistas que operan en el seno de comunidades. Una comunidad puede ser geográfica, étnica o cultural o puede estar circunscrita a una serie de personas con una experiencia o interés común, y se asume que su conocimiento, su experiencia y habilidades, pueden ser armadas para producir un cambio constructivo, basado en las agendas planteadas por la propia comunidad. El Desarrollo Comunitario consis-

te en trabajar con las personas, y no para ellas, y es reactivo a un determinado tipo de situaciones, y no intervencionista. Considera el proceso de capacitación como algo que proviene de la comunidad misma, y en este sentido es no jerárquico. El enfoque del Desarrollo Comunitario es relativamente poco conocido por los servicios psiquiátricos y de salud mental, y sólo recientemente tal enfoque está teniendo una activa continuidad.

Por esta razón *Intervoice* le ha dado mucha importancia a la organización de seminarios de entrenamiento en las nuevas investigaciones y prácticas para profesionales. El entrenamiento está a cargo de personas que oyen voces y de trabajadores afines por igual. Trabajan juntos para desarrollar presentaciones que incluyen un ejercicio de simulación de la experiencia de oír voces -que sólo puede ser desarrollada por personas que oyen voces-, junto con teorías y prácticas que los profesionales pueden introducir en sus servicios.

Esto se ha conseguido por medio del entrenamiento de los entrenadores -las personas que oyen voces-, entrenamiento que consiste en técnicas para hablar en público y en los conceptos y prácticas fundamentales, así como en equilibrar el propio conocimiento con el conocimiento de las técnicas de afrontamiento.

Tales prácticas han tenido dos efectos principales: Primero, ha aumentado la confianza y la autoestima de las personas que oyen voces, al ser equiparadas con los trabajadores de la salud mental, de una forma que no habían conocido hasta el momento, es decir, al ser reconocidas como expertas por derecho propio. Y no sólo en lo que se refiere a sus propias experiencias, sino también a la difusión de los nuevos conocimientos en relación al significado de la experiencia y a las técnicas para sobreponerse a las vivencias negativas que pueden surgir de la escucha de voces. Segundo, para los trabajadores de la salud mental es un recordatorio, muy saludable, de que las personas que oyen voces no están continuamente en crisis y pueden aprender a manejarse con su experiencia de escuchar voces, y más allá de ello, que tienen algo que enseñarnos.

Creemos que las personas que oyen voces son las verdaderas expertas cuando se trata de comprender su experiencia, y que la única manera de trabajar de forma efectiva con ellas es la de situarse como un compañero, en un proceso que apunta a la mejora de la comprensión que tienen de su experiencia y a la incorporación de formas de controlarla. El concepto de acompañamiento es muy potente y se extiende más allá de la relación terapéutica, para llegar a las esferas de lo social y lo político.

En *Intervoice* las personas que oyen voces han tenido siempre, y espero que sigan teniendo, un papel de igualdad de derechos y condiciones en el desarrollo de este trabajo.

6.Fue en Trieste, ciudad del norte de Italia, donde en los años sesenta surgió el movimiento antipsiquiátrico italiano, con el trabajo de Franco Basaglia y otros-as que produjo el cierre del manicomio de la ciudad y su conversión en centro abierto, el desinternamiento acompañado de la mayoría de los pacientes y la creación de una red de apoyo social -restaurantes populares autogestionados por "pacientes", casas... La experiencia fue altamente clarificadora para la antipsiquiatría a nivel

internacional, y esta lucha produjo que en el año 1978 se reformara la legislación italiana sobre lo psiquiátrico a partir de la Ley 180 -también llamada Ley Basaglia. Desgraciadamente, y por las informaciones que nos llegan desde Italia, en la actualidad, veintitrés años después de su promulgación, la Ley 180 no se ha aplicado -la totalidad de los manicomios no han sido desmantelados, la red intermedia de apoyo prevista no se ha creado -casas protegidas, etc...- y los abusos continúan. Colectivos y antipsiquiátricos mantienen su actividad en Italia, algunos nacidos directamente de la experiencia de Trieste, como Psiquiatría Democrática -a la que Paul Baker hace referencia- y otros, como el Comitato D'Iniziativa Antipsichiatrica. El lector/a puede encontrar información sobre la actividad de estos colectivos en los números 1 y 2 de El Rayo Que No Cesa, en la sección: Mapa de colectivos y grupos hacia una red alternativa en lo terapéutico y social..

7.El término "supervivientes" (survivors) es utilizado en Inglaterra, desde los años ochenta, como forma con la que se refieren a ellos mismos/as aquellos/as que, habiendo pasado por el tratamiento psiquiátrico oficial -incluidos sus métodos más agresivos como el encierro involuntario, la sobremedicación impuesta, el electrochoque...-, han logrado, de algún modo, sobrevivir existencialmente y organizarse para contar su experiencia e intentar impedir que el maltrato continúe hacia ellos/as mismos/as y hacia otros/as. Diversas organizaciones de "supervivientes" funcionan en Inglaterra hoy en día - en el transcurso de esta entrevista Paul Baker se refiere a algunas de ellas- y el lector/a puede encontrar información sobre el carácter de las mismas y sus actividades en los números 1 y 2 de El Rayo Que No Cesa, en la sección: Mapa de colectivos y grupos...

8.La Philadelphia Association, es un colectivo que fue fundado en Inglaterra en los años sesenta por R.D. Laing, D. Cooper, H. Crawford y L. Redler, entre otros/as antipsiquiatras, de la P.A. -como es conocida- surgieron también otras asociaciones alternativas en el tratamiento de los problemas de salud mental, como la Arbours Housing Association fundada en los años setenta por J.Berke, M. Schatzman, A. Esterson, entre otros/as antipsiquiatras.

9. Por "insight" se entiende la capacidad de comprender y resolver problemas, en ocasiones de forma aparentemente súbita pero subyaciendo en el proceso una actividad mental previa muy compleja, a veces no consciente.

A continuación, reproducimos extractos del artículo titulado *Hearing Voices* publicado en el libro *Understanding Voices: Coping with auditory hallucinations and confusing realities*, bajo la coordinación de Marius Romme, profesor de Psiquiatría Social en la Universidad de Maastricht, Holanda, y traducido por *El Rayo Que No Cesa*. Este artículo recoge la experiencia que resultó ser el germen de una nueva aproximación al fenómeno de la escucha de voces, animando a la posterior creación de grupos formados tanto por personas que viven tal experiencia como por profesionales. De ahí que, aunque ya tiene cierta antigüedad (fue publicado por primera vez en lengua inglesa en 1989), hemos creído importante su publicación.

Durante algunos años, una de mis pacientes, una mujer de treinta años, había oído voces en su mente. Estas voces le daban órdenes o le prohibían hacer determinadas cosas. La dominaban completamente y fue hospitalizada varias veces y diagnosticada como esquizofrénica. Los neurolépticos no tenían ningún efecto sobre las voces, aunque reducían la ansiedad provocada por ellas. Pero la medicación también reducía su capacidad de alerta mental. Por esta razón, mi paciente dejaba de tomar la medicación durante largos períodos de tiempo y no permanecía mucho tiempo hospitalizada. Sin embargo, las voces la aislaban cada vez más a medida que le prohibían cosas que a ella siempre le había gustado hacer (...).

Yo empecé a preguntarme si ella podría comunicarse de forma efectiva con otras personas que también oían voces (...). Esto tendría un efecto positivo en su aislamiento, en sus tendencias suicidas y en sus sentimientos, tan dependientes de las voces. Ella y yo empezamos a plantearnos juntos como podría compartir sus experiencias y puntos de vista.

A partir de ese momento las cosas progresaron rápidamente. Hablando en un popular programa de televisión holandés, mi paciente y yo invitamos a la gente a contactar con nosotros. Después del programa 700 personas respondieron a nuestro llamamiento y 450 de ellas oían voces. De estas últimas, 300 comentaron no poder ser capaces de afrontar las voces y 150 dijeron ser capaces de poder manejar la experiencia. Oír la experiencia de estas últimas fue especialmente importante

para mí y me dio coraje para organizar un congreso para personas que oían voces y que querían intercambiar ideas sobre su experiencia (...).

Aunque miembros del Departamento de Psiquiatría participaron activamente en la organización del encuentro, los ponentes plenarios eran todas personas que habían respondido al programa de televisión y que oían voces. A lo largo de la mañana hubo una serie de talleres de una hora en pequeños grupos, con ayudantes del Departamento de Psiquiatría que no lideraron las discusiones, pero sí guiaron o ayudaron cuando fue necesario (...).

Los participantes compartieron libremente sus experiencias, y sus muchas interpretaciones de esas experiencias, incluyendo visiones religiosas y diversas reacciones humanas, y sus intentos de afrontarlas. Algunas personas estaban obviamente turbadas y preocupadas por las voces y las veían como parte de una enfermedad mental, pero muchas otras tenían un modo muy diferente de entender esa experiencia y se mostraban competentes, no incapacitados y dependían sólo de su propia visión de la naturaleza de las voces, no de una visión relacionada con la enfermedad.

Toda esta variedad de experiencias descritas por los participantes y las muchas formas en que se manejaban con ellas, con éxito o sin él, pueden ser consideradas desde muchas perspectivas. Parece útil dividir los relatos de las experiencias en tres posibles fases que se revelan importantes para afrontar las voces:

-La fase del miedo o la alarma: La aparición usualmente repentina, principalmente vivida como una experiencia temible.

-La fase de la organización: El proceso de selección y de relación con las voces.

-La fase de la estabilización: El período en el cual se alcanza una forma más continuada de manejo de las voces.

Muchos participantes describían fases aproximadamente de este tipo. Por ejemplo, uno de ellos distinguió las siguientes fases en el proceso de aprender a afrontar las voces:

1-Miedo, ansiedad e intento de escapar.

2-Investigación sobre el significado de las voces y aceptación de las voces como algo con existencia independiente.

3-Aceptación de uno mismo, exploración de aquello de lo que trato de huir, cese de la huida y afrontamiento de las voces.

En este artículo ilustramos las tres fases que hemos encontrado entre la gente que ha aprendido a manejar sus voces.

LA FASE DE ALARMA

Muchas personas que oyen voces dicen que éstas aparecieron de forma bastante repentina, en un momento que recuerdan perfectamente. Esta fue mayoritariamente una experiencia que provocó alarma y ansiedad:

"Un domingo por la mañana, a las diez, de repente tuve la sensación de recibir un fuerte e inesperado golpe en la cabeza. Estaba solo y había un mensaje -un mensaje al que incluso los perros habían prestado atención. Instantáneamente me sobrevino el pánico y no pude impedir que sucedieran cosas terribles. Mi primera reacción fue: ¿qué demonios está pasando? La segunda fue: probablemente me esté imaginando todo esto. Entonces pensé: no, no te lo estás imaginando, tienes que tomarte esto en serio."

La edad de aparición de la primera experiencia con las voces varía mucho. Muchos de ellos afirmaron que aparecieron en la infancia. Para el 6% de las personas que respondieron al cuestionario, la aparición tuvo lugar antes de los 6 años. Para el 10 % tuvo lugar entre los 10 y los 20 años. Uno de los participantes en el congreso habló sobre su primera experiencia siendo un niño:

"Hasta donde yo puedo recordar, tenía una y más tarde muchas más voces en mi interior. Mis primeros recuerdos sobre las voces se remontaban al jardín de infancia. Quizá suene ridículo, pero tenía dos "egos". Un yo de niño que coincidía con mi edad y un yo de adulto. La voz se adaptaba a cada uno de ellos. Hablaba un lenguaje de niño cuando se trataba del niño y uno de adulto cuando se trataba del adulto. El yo adulto desapareció gradualmente durante la escuela primaria. Como niño, nunca experimenté estos dos egos como algo extraño. De hecho, para un niño, nada es extraño."

Un representante de aquellos que empezaron a oír voces en su adolescencia, en un período de desarrollo de la propia independencia, nos comentaba:

"En 1977, después del instituto, decidí alquilar un piso. La vida de estudiante era fascinante, pero no dormía suficiente y comía de forma irregular. Después de cuatro meses, quise pintar la larga pared blanca de mi habitación. La pared me desafiaba. Pintar es como llevar algo de tu cabeza a tus manos. Empecé a pintar un oscuro bosque en la pared, con un reptil en primer plano. Siempre fui capaz de oír los colores, me transmiten vibraciones. Puedo oír el negro, el rojo y el marrón oscuro. Mientras pintaba había un silencio sepulcral en la habitación. La radio no estaba encendida. En este silencio, algo temible empezaba a crecer lentamente, algo amenazador llegaba. Tuve la sensación de no estar solo en la habitación. Entonces oí un monótono sonido en mis orejas que no provenía de mí mismo y el cual no puedo explicar. Era algo parecido al rumor que oyes cuando tienes las orejas tapadas, solo que este sonido era más grave y más monótono. Era como una emoción pero más profundo. Tuve la sensación de que algo me estaba buscando."

A la pregunta de si la aparición de las voces se debía a algún evento particular, el 70% de los encuestados respondió que efectivamente así fue: Para un 4% las voces empezaron después de un hecho traumático o fuertemente emotivo, como un accidente; para un 14% tras divorcio o muerte del cónyuge o de otro ser querido; para un 12% tras una sesión de psicoterapia; para un 4% tras una sesión de espiritismo; para un 36% tras otros eventos como enfermedad, enamoramiento, embarazo, traslados.

Las personas que empiezan a oír voces después de un trauma describen dos tipos de impactos. El primero es que las voces pueden ser una ayuda, el principio de un proceso integrador de afrontamiento. Las voces evocan un sentimiento de reconocimiento o marcan un período de descanso después de una temporada desdichada o triste. Después, estas personas sienten las propuestas de las voces como algo fortalecedor y que aumenta su autoestima. Las voces son sentidas como algo positivo y como un aspecto comprensible de uno mismo.

Para otras personas, las voces eran consideradas como algo agresivo y negativo desde el principio. Una mujer decía: "Las voces positivas aparecían repentinamente acompañadas por lo que yo llamo auténticos criminales que podían llegar a ser realmente sucios y obscenos" y "ellos venían de todas partes: en mi cabeza, detrás de mí, delante de mí. Parecía como si las líneas telefónicas operaran desde el interior de mi pecho". Para estas personas las voces eran hostiles y generalmente no eran aceptadas como parte del yo o como un fenómeno de origen interno (...).

LA FASE DE LA ORGANIZACIÓN: AFRONTANDO LAS VOCES.

Las voces producen confusión en mucha gente, que quiere escapar de ellas. Para muchas de estas personas, el período durante el que oyen voces sólo dura semanas o meses. Para otros, dura años. De las entrevistas se puede extraer que después de un período de pánico y de sentimiento de indefensión, hay un período de mucha ira hacia las voces. Esta ira, sin embargo, no parecía ser una provechosa estrategia de afrontamiento. El Sr. R. nos cuenta: "Cada vez que pensaba que tenía contacto telepático con la gente, iba a visitarlos. Si esta gente negaba haber tenido contacto telepático conmigo, entonces discutía con las voces, de manera que nos reñíamos mutuamente. Había una comunicación muy mala. Esto sólo hacía a las voces más fuertes y agresivas".

Ignorar las voces era otra estrategia empleada por aquellos que oían voces hostiles. Un 33% de las personas que respondieron al cuestionario podían intentar ignorar las voces con éxito. Pero esta estrategia no parecía ser siempre una buena solución. El esfuerzo empleado en ello llevaba al condicionamiento de la libertad de elección de otras actividades, como podemos ver en esta descripción:

"Finalmente decidí ignorar las voces y les pedí que me dejaran sola. En mi ignorancia, manejé la cuestión de una forma totalmente errónea. No puedes poner a un lado una parte

de ti que existe y se manifiesta de forma tan evidente. Además, el resultado de tomar esa decisión iba a ser que las voces perderían su razón de existir por la falta de atención y energía y esto, por supuesto, no es lo que ellas querían. Hasta entonces las voces habían sido educadas y amigables, pero eso cambió radicalmente: empezaron a decir todo tipo de cosas extrañas y hacían parecer ridículas todas las cosas que para mí eran importantes. Era una guerra agotadora, pero estaba decidida a ganar y continué ignorándolas. Y trataba de mantenerme ocupada todo el día. En este período, resolvía muchos crucigramas, y la casa nunca había estado tan limpia ni el jardín tan bien cuidado. El resultado fue que la vida se hizo más pacífica, pero de un modo forzado; casi no pude relajarme nunca más".

La estrategia más útil que describieron las personas que oyen voces era seleccionar las voces con las que establecían una relación positiva y escuchar y hablar sólo con ellas, tratando de entenderlas. La mujer que nos había hablado de ignorar las voces nos dijo:

"En ese período durante el que ignoré las voces, para mi sorpresa, había dos voces que querían ayudarme. Mi primera reacción fue rechazarlas, porque toda esta historia estaba acabando con mis nervios, pero ellas insistían en que las necesitaba y, para ser honesta, me di cuenta de que era cierto. Las voces me enseñaban cómo mirar, oír y sentir. Por ejemplo, me preguntaban: "¿Cómo nos oyes y cómo te hablamos a ti?". Y yo, apesadumbrada, respondía: "Bueno te oigo con mis orejas y tú hablas con tu boca". "¿Ah sí? -fue la respuesta- entonces, ¿dónde está nuestra laringe? Y al mismo tiempo nos gustaría hacerte notar cómo nos contestas". Este último comentario me resultó mucho más divertido. Al principio me lo tomaba todo literalmente, lo que no mejoraba la entonces tensa relación con las voces. Entonces acordamos decir las cosas dos veces, al menos las más importantes: Una vez, como siempre lo hacemos, y la otra por medio de símbolos. El que escuchaba repetiría brevemente lo esencial de lo que el otro dijo. Al principio seguía habiendo muchos enfrentamientos. No estaba acostumbrada a pensar en símbolos, pero pude inmediatamente aplicar lo que ellas me enseñaban y empecé a sentirme mejor."

Podemos aceptar que las voces parecen estar relacionadas con un proceso de crecimiento dirigido a tomar más responsabilidad frente a las propias decisiones. Los demás no pueden ser siempre culpados por los problemas. O como algunas personas dicen, "tienes que aprender a pensar de un modo positivo sobre ti mismo, las voces, y tus propios problemas".

Otra estrategia que fue frecuentemente mencionada fue "dibujar los límites" o "estructurar el contacto", tanto si va acompañado o no de rituales o actos repetitivos. Un ejemplo es el de una persona que oía voces hostiles y las interpretó de la siguiente manera:

"Debo decir que he sido atacado por el diablo. Por propia voluntad, escogí no ser identificado con el diablo. El diablo en mí mismo, en los demás, en las cosas que me rodean -no quería que estuviera allí. Es por esto que hago gestos. Puedes hacerlos en tu mente. Creo que realmente he dado la espalda a las voces, sólo haciendo un pequeño gesto físico: "Eso no va conmigo, ignoro el mensaje". Esto me da un sentimiento de consuelo, de alivio y

entonces pienso: "He aquí una buena liberación para tanta basura". Seguidamente, ignoro al mensajero, y digo en voz alta o en mi mente: "Vete con tus amigos, no me preocupes con estas cosas". Este es el primer paso. El segundo, es escoger por propia voluntad tener contacto -asociarse con la luz en mi interior, lo más bonito que hay. Tengo una fuente de pasión y un alma saludable, que consiste en pura energía. Yo sé que todo esto está presente en todo ser humano y que podemos escoger si establecer contacto o no".

En el apartado precedente, dos dimensiones de lo concerniente a las voces aparecen: 1)La hostilidad o la amistad sentida y, 2)La relación o localización de la voz en relación a la persona que la oye. Algunas de las personas integraron las voces como un aceptado enemigo hostil. Sin embargo, no hay una relación simple entre la vivencia interna, la amistad y la aceptación, o entre la hostilidad, la vivencia externa y el intento de rechazo, ignorancia o control de las voces.

FASE DE ESTABILIZACIÓN

Las personas que aprenden a afrontar las voces desarrollan un cierto equilibrio. En esta estabilización, los individuos asumen las voces como parte de ellos mismos. Las voces son parte de la vida y de su propio yo, y pueden tener una influencia positiva.

En esta fase, las personas son capaces de elegir entre lo que dicen las voces o sus propias ideas. Esta gente puede decir: "Oigo voces, y estoy contento por ello". Una mujer nos dijo:

"Ellas me muestran las cosas que hago mal y me enseñan como hacerlas de otra manera. Pero me dejan la elección de si realmente quiero cambiarlas o si quiero dejarlas tal como están. Ellas piensan que el modo en que escucho música no es correcto. Me quedo ensimismada escuchando música y ellas piensan que no debería. Intento escuchar música como ellas me indican, pero no quiero hacer el esfuerzo, no le veo la utilidad. Tal decisión es tomada en mutua consideración, pero siempre tengo la última palabra y las voces siempre se resignan a ello."

Otra persona nos decía:

"Cuando te caes con tu bicicleta, no la tiras, sino que continúa una buena relación entre las dos. Creas una bonita excursión en bicicleta como si pudiera tener lugar en tu interior. Finalmente, tengo la sensación de no ser ni la ganadora ni la perdedora, sino que es como si una nueva dimensión se añadiera a mi vida, una dimensión que te atreves a manejar y que puede ser útil finalmente."

COMPARACIÓN DE LAS PERSONAS QUE AFRONTAN BIEN LA EXPERIENCIA DE ESCUCHAR VOCES CON AQUELLAS QUE NO.

(...) Mucha gente (33,8%) explicó que podía manejar bien sus voces, pero el 66,2 % dijo que no podía. Las personas que no podían experimentaban las voces generalmente como algo negativo o agresivo, mientras que las que podían afrontarlas a menudo las experimentaban como positivas y amigables (...).

El afrontamiento con éxito, como se discute en la siguiente sección, parece que implica alcanzar un cierto estado de acomodación pacífica y aceptación de las voces "como parte de mí". Las estrategias que se basaban en ignorar las voces hostiles que eran vividas como ajenas al yo resultaron ser menos adaptativas. Llegada esta primera aproximación al estudio de las voces desde la perspectiva de los individuos, nosotros sólo podemos sugerir un examen más profundo de estas dimensiones y su eficacia en estrategias de afrontamiento.

MARCOS DE REFERENCIA

La mujer de 30 años (una de nuestras pacientes) que oía voces, se tranquilizó al adoptar un marco de referencia específico (el propuesto por Jaynes, 1976). Nos preguntamos si otros hubieran compartido su teoría. Esto resultó una ingenua expectativa, porque nos quedó claro que hay muchos marcos de referencia usados por las personas que oyen voces. Estos marcos de referencia incluyen perspectivas psicodinámicas, místicas, parapsicológicas y médicas. Cada una de estas perspectivas estaba ejemplificada en los escritos de muchos autores que los participantes en el congreso habían leído (Jung, 1961; Ehrenwald, 1978; Pierrakos, 1979; Roberts, 1979; Atkinson, 1985). En nuestro intento de clasificar los marcos de referencia, usamos dos categorías principales: Una, ver las voces como un fenómeno psicológico que surge desde el interior de los individuos (por ejemplo, como algo que tiene orígenes psicodinámicos, místicos o parapsicológicos) y dos, ver las voces como un fenómeno cuyas causas residen principalmente en algo externo a las características psicológicas de la persona.

1) Ver las voces como un fenómeno relacionado con las características psicológicas internas aunque experimentadas como ajenas.

Esta perspectiva, que fue descrita por muchos participantes, tiene sus orígenes en algunas fuentes de gran reconocimiento. Carl Jung (1961), por ejemplo, tiene la visión, basada en principios psicodinámicos, de que los impulsos del inconsciente hablan a las personas por medio de visiones o voces. El trabajo de Jung ha atraído a muchas personas que oyen voces. Leyendo sus libros, han sentido que desarrollaban una mejor comprensión de sus voces y de lo que éstas trataban de decirles.

Otra relevante teoría psicodinámica hace más énfasis en mecanismos psicodinámicos para manejarse con las emociones. Se acepta que un ser humano quizá reaccione a una expe-

riencia traumática extrema como el incesto, los modelos paternos sádicos, los accidentes amenazantes de la vida, el secuestro y las guerras alejando dichos recuerdos de su conciencia. Entonces, el trauma retorna en forma de "flashbacks", sentimientos persecutorios, voces hostiles o imágenes aterradoras (Putnam 1987). Algunos de los participantes en el congreso parecían utilizar esta estrategia para interpretar sus voces, entendiéndolas como un mecanismo para habérselas con las emociones provocadas por los acontecimientos vitales.

Los místicos tienen una explicación para el hecho de oír voces que no está basada en el miedo sino en el desarrollo (Roberts 1979). Asumen que las personas tienen la capacidad de expandir sus conciencias por medio del desarrollo espiritual. Las voces son vistas como parte de la expansión. Por medio del entrenamiento, la gente es capaz de superar sus límites en una creatividad espiritual.

Una tercera explicación "psicológica" es la parapsicológica. Desde esta perspectiva, las voces se originan gracias a un don o sensibilidad especial. Es incluso posible que una persona sea un médium para otros. Además, las voces se entienden como algo que ocurre en un sutil estado de conciencia. La propuesta de la parapsicología es tratar de manejar esta sensibilidad, para el beneficio de uno mismo y de los demás. Desde esta perspectiva, uno no quiere perder esta sensibilidad, pero sí quiere ser capaz de manejarla. Es importante marcar los límites, aprender a manejar la sensibilidad en vez de desbordarse.

2) Ver las causas de las voces en factores que no eran originariamente psicológicos o en factores externos a la persona:

Otro grupo diferente al de las explicaciones psicológicas descritas por los participantes está compuesto por la psiquiatría de orientación biológica. Las voces son vistas como síntoma de una enfermedad, creyendo que están ancladas en el funcionamiento biológico del cerebro. Varios participantes del congreso sostenían esta visión. Por ejemplo, una persona decía:

"Nunca experimenté las voces como algo que provenía de mi exterior. Sé que están dentro de mí y puedo hacer algo al respecto. Tomo medicación diariamente, y sé que tendré que hacerlo el resto de mi vida, sin embargo, no me importa. He estado trabajando durante 10 años como secretaria y me siento bien". (...)

Los dos marcos de referencia descritos más arriba llevan a estrategias de afrontamiento lógicamente diferentes, asociadas a las explicaciones técnicas. El primero incluye las siguientes:

Psicodinámicas: psicoterapia focalizada, por ejemplo, en arquetipos y en exteriorizar emociones.

Místicas: entrenamiento en misticismo, a través de meditación y experiencias transcendentales.

Parapsicológicas: aprendiendo a manejar diferentes estados de conciencia, manteniendo la propia sensibilidad bajo control.

El segundo incluye las siguientes:

Psiquiatría biologicista: medicación neuroléptica. (...).

En los intentos de afrontamiento, parece muy importante para las personas adoptar un marco de referencia, atribuir algún significado a las voces; de otra manera se hace muy difícil empezar la fase de la organización de la propia relación con las voces para reducir la ansiedad. Es interesante observar cómo, en términos del esfuerzo dedicado al afrontamiento, parece bastante desafortunado para los individuos el adoptar un marco de referencia que los disuada de intentar dominar las voces. Ver las voces como un fenómeno ligado a influencias electrónicas es un ejemplo. La explicación ofrecida por la psiquiatría biologicista no es útil para afrontar las voces porque sitúa el fenómeno más allá del alcance y la comprensión de uno.

EL PARADIGMA PSIQUÁTRICO Y EL TRATAMIENTO

Una de las hipótesis que generó el congreso es que la reducción de las voces a un fenómeno meramente patológico no ayuda a los pacientes a sobrellevar sus experiencias. Además, podría ser inexacto. Fuera del mundo de la psiquiatría (Ehrenwald, 1978), mucha gente oye voces y es bastante capaz de manejarse con ellas; incluso algunos viven las voces como algo que ha enriquecido sus vidas. Así, entre los profesionales de la salud mental, podría valer la pena explorar en mayor detalle qué marcos de referencia y estrategias de afrontamiento son mejores para pacientes que oyen voces, para que podamos ayudarles de forma más efectiva a aprender a manejarse con estas experiencias. Los principales pasos del proceso son:

* Aceptar la experiencia de las voces en el paciente. Esas voces son a veces más penetrantes que las percepciones sensoriales.

* Intentar entender los diferentes lenguajes que los pacientes usan para describir sus marcos de referencia, así como los diferentes lenguajes que las voces usan para comunicarse. A menudo, todo un mundo de símbolos y sentimientos está implicado. Por ejemplo, las voces pueden hablar de luz y oscuridad para expresar amor y agresión.

* Considerar el ayudar a la persona a comunicarse con sus voces. Esto tiene que ver con diferenciar las buenas voces de las malas voces y con la propia aceptación de las emociones negativas por parte de la persona. Dicha aceptación puede ser mejorada con el soporte para promover una mejor autoestima.

* Estimular a los pacientes a conocer otra gente con experiencias similares y a leer sobre la experiencia de escuchar voces para disminuir los tabúes y el aislamiento.

Para muchos psiquiatras, estos pasos requerirán una ampliación de la propia perspectiva y un intento de ensanchar las teorías generalmente aceptadas en la profesión. Estamos muy interesados en escuchar las experiencias que otros han vivido y que puedan estar relacionadas con las sugerencias de los participantes en el congreso descritas más arriba.

REFERENCIAS

Atkinson, J.M., Schizophrenia: "A guide for sufferers and their families". Wellingborough: Turnstone press, 1985.

Ehrenwald, J., The ESP experience. New York: Basic Books, 1978.

Jaynes, J., The origin of consciousness in the breakdown of the bicameral mind. Boston: Houghton mifflin, 1976.

Jung, C., Memories, dreams, reflections. New York: Pantheon books, Random house, 1961.

Pierrakos, E., The path. New York: Phoenicia, 1979.

Putnam, F., Dissociation as a response to extreme trauma. Diagnostic workshop. Presented at diagnostic workshop, Free University, Amsterdam, 1987.

Roberts, J., Seth speaks. The eternal validity of the soul. Englewood cliffs, N.J. : Prentice hall, 1979

A continuación publicamos algunos fragmentos de una entrevista realizada por Ken Stewart a Michael White, que desde *El Rayo Que No Cesa* hemos traducido, con el consentimiento para ser publicados por parte del entrevistado. Se trata de una visión diferente a la de la *Red Intervoice* en algunos matices, pero en consonancia en cuanto a tratar el fenómeno a partir de dar significado a las voces. Michael White es psicólogo, y en la actualidad trabaja e investiga en el Dulwich Centre de Adelaide, Australia. La entrevista completa se incluye en su libro *Re-authoring lives: interviews & essays*, cuya traducción al castellano está prevista sea publicada por Editorial Gedisa.

(...)

Ken Stewart: Siempre mencionas que el trabajo con personas que han sido etiquetadas como psicóticas debería estar más basado en la experiencia...

Michael White: En los enfoques más extendidos del tratamiento de la esquizofrenia he notado un fuerte sesgo en lo que se refiere a la experiencia psicótica misma. Se puede decir que es un sesgo antiexperiencial. Creo que la idea de hablar con las personas sobre su experiencia psicótica ha tenido muy mala prensa durante las últimas décadas. En este contexto, no es sorprendente que algunas de las propuestas que he hecho, en relación a la necesidad de hablar con las personas sobre su experiencia subjetiva de los episodios psicóticos, hayan provocado desasosiego...

Ken: En alguno de tus talleres, te has referido al trabajo que desarrollas con las personas para revisar su relación con sus alucinaciones auditivas, o sus voces. ¿Es éste uno de los desarrollos que ha surgido de tus exploraciones de la experiencia psicótica?

Michael: Sí, lo es. Ayudar a las personas a revisar su relación con sus voces es una parte muy significativa de las interacciones que mantengo con personas que han sido diagnosticadas de esquizofrenia. La revisión exitosa de su relación con las voces tiene invariablemente un efecto potenciador de la calidad de vida de estas personas y, según me dice mi

experiencia, juega generalmente un papel muy importante en la reducción de la vulnerabilidad a la recaída...

Ken: ¿Cómo explicas que tener una relación diferente con la voz de uno pueda suponer una diferencia significativa en lo que a la severidad del episodio psicótico se refiere?

Michael: En parte, creo que está relacionado con la cultura. Aunque parece relativamente fácil para nosotros abrazar la idea de que muchas de las cosas que pensamos y creemos, y muchas de las que hacemos, están relacionadas con la cultura, por alguna razón parece mucho más difícil abrazar la idea de que el fenómeno psicótico tiene una relación similar; que, en lo que se refiere a la etiología -causa-, al contenido, a la forma y a la expresión del fenómeno psicótico, -como por ejemplo en el caso de las alucinaciones auditivas- está modelado por la cultura. Cuando resulta más fácil considerar esta idea, se hace posible apreciar hasta qué grado la cultura modela la vida de las personas que tienen esquizofrenia, sea lo que sea eso.

Ken: Pon un ejemplo.

Michael: No hay nada en la fisiología o la genética que pueda predisponer a las voces que son escuchadas por algunas personas a atacar a las mujeres sobre la base de su sexualidad, o a atacar a los hombres llamándoles enclenques. Y no hay nada en la fisiología que pueda predisponer a las voces a ver a los demás como adversarios o posesiones. Aquellas alucinaciones auditivas que la gente encuentra más perturbadoras son con frecuencia claramente patriarcales en sus actitudes y en sus técnicas de poder. Esto es así tanto para las voces que acosan a los hombres como para las que acosan a las mujeres. Estas voces evalúan de forma abrumadora a las personas; son descalificantes; tienen un alto contenido en expectativas de las personas del entorno, y muy bajo en aceptación por parte de éstas.

Ken: Has afirmado que estas voces son claramente patriarcales. ¿Puedes decirnos más sobre la manera en que hablan?

Michael: De acuerdo, pero me gustaría enfatizar el hecho de que no me estoy refiriendo a todas las voces que surgen con el fenómeno de la esquizofrenia. En este trabajo, es esencial ayudar a las personas a distinguir aquellas voces que se muestran controladoras y dominantes de aquellas que ofrecen apoyo, o que al menos pueden hacerlo potencialmente... Aquellas voces que son molestas son muy obstinadas y bastante convincentes. Cuentan con ciertos mecanismos para poder hablar de forma imprevisible, para asegurarse una autoridad incuestionable, exigiendo el estatuto de conocimiento objetivo, para convencer a sus sujetos que ellas pueden entender la verdad última de la naturaleza de las personas, sus deseos, sus propósitos...

Ken: ¿Puedes decirnos más acerca de estos mecanismos? Suena aterrador.

Michael: Los modos de hablar perturbadores a los que me estoy refiriendo se presentan de formas muy variadas, y podemos llamarlos habla despersonalizada... Esta forma de hablar ha sido llamada despersonalizada porque niega toda referencia al contexto, porque permite establecer afirmaciones que se consideran independientes del contexto. Tiene el efecto de elevar afirmaciones específicas a un estatus de certeza o verdad absoluta, y de descalificar aquellos conocimientos que vienen representados en formas de hablar más contextualizadas.

Ken: ... ¿Podrías decirnos algo más sobre esta forma descontextualizada de hablar?

Michael: Los mecanismos asociados con esta forma "experta" de hablar son aquellos que:

- A) Oscurecen los motivos o propósitos que están asociados con el acto de habla.
- B) Borran toda referencia a las experiencias personales a través de las cuales el conocimiento de uno se genera.
- C) Excluyen información sobre los conflictos y dilemas personales e interpersonales que están asociados con la construcción de las realidades preferidas por uno -esto incluye la eliminación de las experiencias personales de contestación y argumentación a través de las cuales el conocimiento de uno queda establecido.
- D) Desvían la atención de la situación personal que uno está viviendo y que viene dada por el lugar que ocupa en las estructuras sociales de género, raza, cultura, clase, trabajo, orientación sexual... y: E) Borran toda referencia a la historia de la controversia y la disidencia que rodea a toda pretensión de conocimiento "global".

Ken: ¿Y cuáles son las implicaciones de esto en el trabajo con el fenómeno de la escucha de voces?

Michael: Los actos de habla despersonalizados pueden ser muy discapacitantes para aquellos que están sujetos a ellos. Capturan a la persona. Limitan severamente y constriñen las respuestas posibles. Sin embargo, la persuasión y la perturbación de estos actos de habla pueden ser minados con el principio de la personificación; esto es, situando estos actos de habla en el contexto de:

- A) Los motivos y propósitos del hablante.
- B) Sus experiencias personales, incluyendo aquellas relacionadas con los dilemas y conflictos que el hablante ha experimentado en el proceso de atribuir significado a las experiencias de la vida.
- C) La situación personal que viene dada por la posición del hablante en las estructuras sociales de género, cultura, raza, clase, orientación sexual... y también señalando la historia de la controversia que rodea a las afirmaciones objetivas del hablante...

Ken: ¿Puedes dar algunos ejemplos?

Michael: De acuerdo. Para incitar al hablante a situar sus opiniones en el contexto de sus propósitos, podemos hacer preguntas como: Tú tienes una firme opinión sobre lo que yo

debería hacer. Dime: ¿qué efecto crees que puede tener sobre lo que yo hago que expreses tu opinión de esta manera? O quizá, podríamos preguntar: Si tuvieras éxito en influir en lo que yo hago en esta ocasión, ¿cómo iba ello a encajar en los objetivos que tú has marcado para mi vida? O quizá: Creo que ahora he entendido cómo quieres que tu opinión influya en lo que yo hago. ¿Cómo encaja esto en tus propósitos para mi vida? ¿Cómo encaja esto en tus planes para mi vida?

Para incitar a los hablantes a situar sus opiniones en el contexto de sus experiencias vividas, podríamos probar algo así: ¿Puedes decirme alguna experiencia personal en tu vida que haya jugado un papel central en la formación de esa opinión? Eso me ayudaría a saber cómo tomarme tu opinión, y sería capaz de identificar aquellas partes de tu visión que encajan con la mía. Quizá podría entonces hablar de algunas de mis experiencias en la vida y compartir contigo algunas de las conclusiones a las que he llegado sobre todo ello.

Para incitar al hablante a situar sus opiniones en el contexto de su lugar en la estructura social, podemos intentar algo así: ¿En qué círculos se sostienen esta clase de opiniones? ¿Están todas las personas de ese círculo de acuerdo con esa opinión? Si alguna de esas personas estuviera aquí con nosotros, ¿cómo apoyaría tu opinión? ¿Qué crees que pasaría si, en su presencia, disintieras? ¿Qué presión para retractarte crees que experimentarías? ¿Qué consecuencias enfrentarías si te negaras a hacerlo?

Esta es sólo una pequeña muestra de posibilidades para desconstruir las "verdades" que se defienden en los actos de habla despersonalizados. Y quiero enfatizar que estas preguntas no requieren necesariamente una respuesta para ser efectivas. Al hacer estas preguntas, aquellos/as que están sujetos a actos de habla despersonalizados quedan menos cautivados por ellos, y quedan confrontados a nuevas posibilidades para la acción...

En estas circunstancias tiene sentido desautorizar estas incisivas voces, restarles influencia, y eso puede lograrse mediante la personificación de sus "verdades". Podemos alentar a las personas que son objeto de estas voces a insistir en que las voces encarnan sus demandas, necesidades, opiniones, ilusiones... Tal encarnación o personificación puede lograrse ayudando a aquellos que son objeto de las voces a situarlas en el contexto de sus propósitos, sus experiencias y su historia.

Ken: Hablas de las voces como si fueran entidades independientes.

Michael: Sí, de hecho, en este trabajo, la desconstrucción de las "verdades" de las voces puede lograrse mejor a través de su personificación. O quizá debería decir que ello es alcanzado a través de la extensión de esta personificación, dado que no es nada inusual que las personas objeto de las voces las hayan personificado de forma previa a nuestro primer encuentro -aunque los propósitos de las voces no hayan sido, hasta ese momento, en absoluto transparentes... Esta práctica de la personificación es una forma de re-expresar el problema, y, para mí, esta re-interpretación del problema es un aspecto importante del

trabajo que hago. Sé que si nos comprometemos con la gente en re-interpretar el problema por el cual nos consultan, esto les proporciona, tanto a ellos como a nosotros, la oportunidad de apreciar la política de la experiencia de sus vidas.

Ken: Así pues, ¿cómo procedes en la práctica?

Michael: Básicamente, a través de la formulación de preguntas cómo:

¿De qué están tratando de convencerte las voces ahora? ¿Cómo encaja con los planes que ellas tienen para tu vida?

¿Cómo esperan las voces que sus "deberías" afecten a lo que haces? Si tienen éxito al forzarte a cumplir su voluntad, ¿cómo imaginas que puede influir eso en la dirección de tu vida?

Estas voces, ¿tienen tu propia opinión, saben lo que quieres, o están en contra de que tengas tu propia opinión?

Puedo apreciar que estas voces te confunden. ¿A quién beneficia esta confusión? ¿Contribuye a sus objetivos para tu vida o favorece o clarifica tus propios objetivos?

Como puedes ver, con preguntas como éstas, se pueden trazar distinciones entre diferentes deseos, propósitos, intenciones, objetivos... Estas distinciones permiten a las personas determinar hasta qué punto todos esos propósitos e intenciones se corresponden con los designios de las voces dominantes, o hasta qué punto lo hacen con los designios preferidos por las personas afectadas. De la misma forma, la confusión se considera que beneficia más a las voces que a las personas. Al trazar estas distinciones la gente alcanza cierto grado de claridad sobre alguna forma preferida de dar cuenta de lo que quiere en la vida, y no permanecen demasiado tiempo confundidos.

Ken: ...Una de las cosas que yo encuentro muy interesante de tu trabajo y tus escritos es la atención que le presta a las políticas relacionales y a las técnicas de poder. ¿Ves algún lugar donde poner en práctica estas ideas?

Michael: Definitivamente. Exponer y describir las tácticas que las voces emplean para conseguir lo que quieren puede ser de ayuda. Entre estas tácticas podemos incluir aquellas que hacen posible el privilegiar un conocimiento sobre otro. Y cuando estos mecanismos no funcionan, cuando su autoridad está en entredicho, las tácticas también incluyen varias formas de abuso, atemorización, subterfugios, traición, intolerancia...

Las voces cuentan con actos de habla socialmente establecidos y despersonalizados para ser altamente influyentes. Atraen la atención sobre los motivos de otros, mientras disfrazan las suyos. Al personificar las voces con cierta profundidad, abrimos posibilidades para la desconstrucción y el desenmascaramiento de todo ello. Al hacer transparentes los propósitos de las voces de esta manera, las personas son ayudadas a revisar su relación con sus voces.

Esta personificación también hace posible que nosotros podamos ayudar a las personas a controlar el progreso en esa revisión de su relación con las voces, introduciendo en el proceso cuestiones como las siguientes:

En este momento, ¿cómo llevan las voces este desenmascaramiento? Hablar de ellas de este modo, haciéndolas transparentes, ¿cómo les afecta? ¿Crees que ello está reduciendo su influencia, o incrementándola?

¿Se resisten las voces a esta discusión? ¿Las trastorna? ¿Es amenazante para ellas? ¿Cómo están reaccionando a la amenaza? ¿Tratan de "apostar más fuerte"? ¿Qué crees que quiere decir que se sientan amenazadas por esta conversación que tratas de establecer?

¿Cómo se toman las voces el hecho de que tu pensamiento está cambiando? ¿Cómo se toman el saber que les estás perdiendo el respeto y la confianza, y que estás trabajando para no caer en sus tretas persuasivas? ¿Cómo afecta eso a tu postura ante tu propia vida? ¿La fortalece o la debilita?

Ken: Los demás, ¿encuentran inusuales estas prácticas?

Michael: Sí. Y quiero ser sincero respecto al hecho de que estas prácticas, como ya he mencionado, han provocado algunas inquietudes. Se ha dicho que contribuyen al incremento de las alucinaciones, y, por tanto, a su refuerzo. Se ha argumentado que el problema de las alucinaciones es que ya están externalizadas y que las personas lo que necesitan es poseerlas, integrarlas, que las voces en la esquizofrenia representan partes de la persona que ésta necesita integrar, pensamientos con los que la persona necesita llegar a un acuerdo en tanto que propios... Pero estas críticas están basadas en modernas nociones del "yo" como el centro y la fuente de todo significado, en nociones de un yo unitario y esencial. Y yo no creo que haya algún fundamento para seguir sosteniendo esa moderna noción del yo.

Ken: ¿Alienta a las personas a confrontar las voces? ...

Michael: ... No hay confrontación. Las situaciones de conflicto directo con las voces son evitadas. En las prácticas que estoy señalando en esta discusión, no hay enfrentamiento. Nunca se alienta a las personas a establecer interacciones altamente emotivas y estresantes. Eso sería enteramente contraproducente. Por el contrario, este trabajo alienta a las personas a tomar una posición de observador o autoreflexiva con relación a sus propias vidas, una posición en la cual ellas devienen las narradoras de los hechos en su relación con las voces. Inicialmente, esto ayuda a la gente a "destapar" las voces, y la compromete en un desenmascaramiento...

Ken: Planteas que puede ser útil ayudar a las personas a discriminar entre las voces que ofrecen ayuda, al menos potencialmente, de las que son hostiles. ¿Puedes desarrollar esto?

Michael: Creo que las personas que están viviendo una experiencia psicótica traumatizante pueden llevarlo mejor con todo el soporte que puedan encontrar, incluso si parte de ese soporte se encuentra en la experiencia psicótica misma. No es raro que las personas en estas circunstancias nos expliquen que algunas de las voces que experimentan parecen realmente interesadas por su bienestar, aun cuando en ocasiones vayan algo desencaminadas en sus intentos de mostrar tal interés. Entonces, es posible ayudar a las personas a distinguir más claramente estas voces favorables, o potencialmente favorables, de las hostiles, y desarrollar una fuerte alianza con aquellas que les resultan de más ayuda, una alianza en la cual las personas estén en mejores condiciones de saber qué es lo que favorece sus intereses.

Dichas alianzas pueden jugar un papel muy importante al ofrecer a las personas soporte y un sentimiento de coincidencia en los objetivos, de solidaridad. Esto las hace menos vulnerables a la inseguridad que las voces hostiles o dominantes provocan, y confían en que esa alianza alcance una importante influencia en sus vidas.

Ken: ¿Cómo se puede ayudar a la gente a desarrollar esa alianza con las voces que les aportan una ayuda?

Michael: Después de identificar esas voces que suponen una ayuda, o al menos potencialmente, podemos ayudar a la gente a elaborar el carácter de éstas, hasta el punto de que pueden llegar a adoptar la identidad de un amigo invisible... Por ejemplo, podemos explorar las posibilidades de establecer una relación con algún amigo invisible. Es posible trabajar con la gente alrededor de la invención de un amigo invisible, y en ocasiones, es incluso posible recuperar la relación de la persona con algún amigo invisible del pasado. ¿Tienes idea de la cantidad de niños que tienen una amistad con algún amigo invisible? Los niños son generalmente más postmodernos que los adultos, en el sentido de que aprecian mejor la naturaleza de la personalidad como algo constituido por múltiples historias ...

Ken: En una entrevista anterior, te pregunté sobre tu teoría con relación a la salud y la normalidad. Tú respondiste:

"Creo que todas las teorías de la salud y la normalidad son problemáticas porque, atendiendo a sus orígenes, todas acaban por especificar o prescribir las vidas y las relaciones de las personas, y están todas ellas, aunque inadvertidamente, al servicio de la subyugación. No es posible tener una teoría de la normalidad sin una visión positivista y una noción utópica, y no creo que eso sea sostenible. Una breve reflexión sobre la historia de las ideas de salud y normalidad es muy descorazonadora".

Así pues, ¿el trabajo que tú realizas, se sitúa fuera de la mayoría de las concepciones establecidas sobre la salud y la normalidad?

Michael: Creo que sí. Pero en ocasiones, es muy útil saber qué implican las ideas y prácticas asociadas a estas nociones de salud y normalidad. Al identificar y clarificar estas ideas y estas prácticas, así como los propósitos a los que sirven, las personas están en mejores condiciones para encontrar posibilidades de resistencia a lo que esas nociones les incitan a hacer con sus vidas.

Este conocimiento nos permite explorar, junto con las personas, aquellos aspectos de sus vidas que podrían apreciar pero que no encajan con esas nociones de salud y normalidad. A medida que estos aspectos se hacen más visibles para las personas, y a medida que los aceptan, están más capacitados para rechazar el hecho de que sus vidas estén sujetas a las ideas y prácticas basadas en las nociones dominantes de salud y normalidad.

Ken: ¿Por qué es tan importante articular ese rechazo?

Michael: Muchas de las personas que he conocido con un historial de "esquizofrenia" sentían que habían fracasado espectacularmente en sus intentos de ser una persona, esto es, en sus intentos de aproximarse a las formas de estar en el mundo basadas en las nociones dominantes de salud y normalidad. Otras personas de su entorno lo perciben también como un fracaso, lo que contribuye al sentimiento de extrañamiento -alienación- y a la marginación que tan intensamente experimentan las personas con historial de "esquizofrenia", "trastorno maniaco-depresivo"...

En respuesta a esto, muchas personas con diagnóstico psiquiátrico acaban por perder la oportunidad de otorgarse la valía moral que se les supone a los demás miembros de nuestra comunidad, lo que les hace sufrir de forma particularmente intensa. Por si esto no fuera suficientemente estresante, continúan sujetos a una gran presión en cada uno de sus intentos de manejar su vida de acuerdo con lo que esas nociones de salud y normalidad especifican. Acaban perpetuamente paralizados. Estas son el tipo de circunstancias que favorecen los episodios agudos ...

Ken: ¿Es aquí donde entran en juego lo que se puede llamar conversaciones externalizantes?

Michael: Sí. Por ejemplo, las diversas ideas y prácticas que están asociadas con las nociones dominantes de salud y normalidad pueden ser externalizadas como "expectativas" y "ambiciones" del entorno. Las exigencias de estas expectativas y ambiciones, sus incitaciones, y las formas en que dictan la vida de las personas pueden ser exploradas. Esto capacita a las personas para separar sus vidas y sus identidades de esas ideas y prácticas, y abre un espacio para que lo que previamente había sido interpretado como fracaso pueda ser interpretado como resistencia o protesta. Al separar sus vidas de esas maneras de ser, basadas en las nociones dominantes de salud y normalidad, las personas se sienten más libres para explorar otras formas de estar en el mundo.

Los siguientes textos son testimonios de personas que han escuchado voces y conseguido, de algún modo, convertir tal experiencia en algo positivo o hacer que en principio desaparezcan. Han sido extraídos del libro "Entendre des Voix", publicado en el año 2000 por el "Mouvement Les Sans-Voix" -"Movimiento de los Sin Voz"- de Suiza y traducidos por *El Rayo Que No Cesa*.

Diferentes estrategias y diferentes formas de entender el fenómeno se plasman en los dos testimonios que os presentamos, y en el segundo en concreto, se explicita una posición sobre algunas de las drogas ilegales, que siendo discutible merece con todo ser reflexionada. El valor de estos testimonios es el de la toma de la palabra por aquellos/as a los que en general y sobre su vivencia se les niega validez a su discurso en nombre de convertir sus experiencias en mera enfermedad.

Mi estrategia frente a la pesadilla de las voces

Relato de una experiencia

Anónimo

Fue en 1995 cuando se inició mi penosa experiencia de la percepción de voces. Me desperté una mañana con la impresión de que una mano invisible había instalado un micrófono en mi oreja izquierda, difundiendo una poderosa voz cavernosa cuya lejana resonancia me impedía comprender ni una sola palabra. A pesar de que me asusté un poco, me pesó no haber podido entender el contenido del mensaje.

Le expliqué este acontecimiento a mi marido y las semanas siguientes me interrogué largamente sobre esta súbita percepción auditiva y sobre su origen. Considerándome bastante equilibrada y lúcida, respetando una higiene de vida sin consumo de medicamentos, ni alcohol, ni tabaco, ni drogas ilegales, me pareció muy extraño lo ocurrido.

Consulté a un médico e incluso a un psiquiatra. Me dirigí también a un médium, que pretendió no tan solo que estaba poseída por el espíritu de mi padre, fallecido trece años antes, sino que sostuvo a su vez que una mujer me había hechizado. Todo ello no era convincente. Con el tiempo percibí chirridos en la oreja en cuestión. Una tarde, cuando el ruido se atenuó, escuché por primera vez la voz de mi padre, que me llamaba por un apodo, como cuando estaba vivo, expresándose en su dialecto. Fui muy feliz al charlar con él. Más adelante, era suficiente con que le interpelara mentalmente para que respondiera rápidamente, sus palabras me convencieron y tuve entera confianza en él. Como parecía saberlo todo sobre sí mismo y sobre mí, le planteé miles de preguntas. De todos modos, conforme pasó el tiempo, más dudas me invadieron sobre su real presencia. Sus mensajes me anunciaban acontecimientos que no se cumplían.

Ulteriormente múltiples voces simultáneas aparecieron de día y de noche, impidiéndome dormir. Un colectivo femenino de éstas me desafiaban, juzgándome y culpabilizándome. Este colectivo quería implicarme en actos absurdos que yo no aprobaba. Estas voces me amenazaban con matarme si no cumplía sus sugerencias. De día me sentía perseguida. Por la noche percibía pasos sobre el techo, que sentía como si se tratara de un coro de agravios para castigarme. Las voces me hacían resolver enigmas o recitar oraciones por el menor de los extravíos de los que era acusada.

Un pequeño detalle: Al inicio, la petición de las voces de que recitara oraciones fue mínima, pero se aceleró rápidamente, ¡hasta tener que atender súbitamente al número de diez mil recitaciones! Me vi entonces privada del sueño durante seis semanas enteras, hasta el momento en que decidí que yo no era indigna, como las voces pretendían. Al tener en cuenta que se trataba de sórdidas exigencias, cesé de obedecerlas.

Inicié a partir de entonces mi estrategia contra estas intrusas, poniéndolas a prueba. Les pedí que hicieran aparecer un objeto. No fueron capaces. Esto me dio seguridad en cuanto a su impotencia. Fue el momento de reafirmarme y de no permitir dejarme impresionar por más tiempo por las reprimendas de las voces, ni por quién fueran éstas. Pues entre las voces estaba la de mi hermana, aún viva, que me ordenaba no ver a una determinada persona, a pesar de que ella la frecuentaba. Esta paradoja me reveló mis sumisiones espontáneas de entonces: Con mi hermana mayor, después con mi padre y finalmente con respecto a mi marido.

Superando mis miedos relativos a las voces, retomé la confianza en mí misma, pudiendo volver a dormir. Por de pronto, dos o cuatro horas por noche. La recuperación del sueño reparador me procuró bienestar psíquico y me devolvió la serenidad. Agotada por los insomnios, este restablecimiento fue sorprendente. Durante esta prueba por la que pasé, hubo un momento en que llegué a hacer una correlación de las voces con fantasmas y malvados entes. Ahora presumo que toda persona conocida en nuestra existencia, puede resurgir en un momento dado gracias a las huellas dejadas en nuestra memoria, ya sea por recuerdo, fantasía, intuición o incluso por frustración.

Actualmente, para no dejarme invadir por las voces, las ignoro. Me concentro sobre otros temas, con el fin de ser dueña de mis pensamientos y preocupaciones.

Me he resituado con respecto a mi interés sobre las religiones, el esoterismo, la filosofía... Curiosamente, al dejarlo, he adquirido confianza, asegurándome que todo lo que me ocurre será para bien. Siendo más objetiva que en el pasado, puedo aportar ayuda a otros. Al mismo tiempo, gozo más de la vida que anteriormente, cuando estaba constreñida a la habitual servidumbre familiar.

Se acusa con ligereza a las alucinaciones auditivas, o a las visuales, de patología mental. Pero con tal concepción, y aunque corrientemente implican en parte la pérdida del sueño, se

puede incurrir en riesgos y no pequeños, tanto en el plano material como en el psíquico, para uno mismo o para los demás. No oso imaginarme que habría sido de mí si hubiera sido hospitalizada a causa de mi percepción de voces. Habiéndome ahorrado el internamiento y la toma de neurolépticos, he podido, gracias a recibir apoyos y aliento, rehacerme y salvaguardar mi personalidad y mis facultades mentales intactas y, de este modo, hacer frente a estos acontecimientos perturbadores pero también enriquecedores.

Habiendo constatado por mí misma, de forma continuada, que el cuerpo está dotado de un excepcional poder de auto-curación, si no es cortocircuitado químicamente, supongo que ello ocurre igualmente cuando se trata de lo mental. Si se queman las etapas o si se permite que otros te abrumen, existen fuertes riesgos de zozobrar en la depresión, el mal vivir o la despersonalización. A pesar de la evidencia de que fui constreñida a una prueba, mi evolución mental y la mejor estima de mí misma han operado, sin duda también gracias a mi calidad de vida tras mi tierna infancia.

En definitiva, esta prueba me ha permitido superar algunos de mis límites, tales como mi ignorancia y mis sumisiones voluntarias o inconscientes.

Otras dimensiones de la locura

Anónimo

Del mensaje al lenguaje

A ejemplo de los técnicos en informática, los gerentes o sabios, psiquiatras y neurofarmacólogos, utilizan una jerga sólo para iniciados.

La evaluación de la calidad de vida de un paciente en tratamiento con neurolépticos, se realiza de una forma somera y no sistemática. En efecto, lo que aparece es el conformismo institucional, la escucha pasiva y la ausencia de empatía, donde las dolencias subjetivas, las condiciones de vida y los estados emocionales de los pacientes "esquizofrénicos" no se toman en consideración.

Numerosos pacientes en situación de "cura neuroléptica" se quejan del siguiente modo: "Me he transformado en un vegetal, un "zombie", un muerto viviente. Estados de ánimo tales como la pena, la alegría, el odio, el amor, ya no existen para mí. Duermo prácticamente dieciséis horas al día. Mi mandíbula se ha vuelto incontrolable. Tengo un "look" descuidado de forma permanente..."

La relentización psicomotriz inducida por el tratamiento neuroléptico, frena la calidad de vida. La astenia psíquica, la apatía y la indiferencia afectiva, así como las disquinesias tardías, son complicaciones con consecuencias físicas, psicológicas y sociales.

¿Acaso es necesario que el paciente devenga un iniciado, y tiene que aprender la jerga médica para hacerse entender?

Tal cosa no será de ningún modo evidente para una persona de un medio social desfavorecido.

Del psiquismo frágil a la enfermedad mental

Mi entrada en el escenario de la psiquiatría en tanto que paciente, se inició por la toma de dos comprimidos de droga ilegal, el Éxtasis, primera y única experiencia plena de consecuencias. Esto ocurrió en Londres, al final de los años ochenta. Cediendo a la curiosidad, pero siendo prudente, no absorbí más que un pequeño fragmento de esta "fruta prohibida". Desgraciadamente fue suficiente para situarme en un estado de confusión y para que, aterrorizado, deseara morir tragándome el resto de mis comprimidos.

Puesto a cargo de un hospital de salud mental en aquella ciudad, se respetó mi libertad de evolucionar sin ser aislado. Sin embargo, a la semana siguiente fui repatriado a Suiza, donde en otro hospital psiquiátrico, regional, fui encerrado a solas en una habitación tras pasar por una breve entrevista.

El aislamiento en una celda, con por todo mueble un colchón en el suelo, y tomando medicación incisiva, reactivó mis peores angustias, y me hizo naufragar en un delirio alucinatorio que duró un mes entero. Es conocido que condiciones como las que viven los navegantes solitarios en alta mar, o las de ciertos ermitaños y también las de los prisioneros en sus celdas, y así mismo, las de voluntarios en pruebas experimentales de privación sensorial, pueden provocar alucinaciones. ¿Por qué debería ser diferente para los pacientes psiquiátricos?

Al salir del hospital realicé seguimiento con un psiquiatra, como terapia de sostén. Juzgando a mi psiquis como frágil e inquieto por la duración de mi estado depresivo, a pesar del (o a causa del) tratamiento concomitante de ansiolíticos, neurolépticos y antiparquinsonianos, me prescribió además antidepresivos. No puse en duda ni su diagnóstico ni sus prescripciones. Yo, por mi parte, anticipaba las probables situaciones de angustia que podría encontrar, tomando los comprimidos de ansiolíticos, siempre a mi alcance dado que la posología prescrita era amplia y abundante.

El recuerdo que guardo de este período de hipermedicalización, es de una gran confusión. Debilidad física y mental, mutismo y depresión intensas, hacían perdurar en mí un estado que tuvo un impacto doloroso sobre las relaciones con la gente próxima y con mis colegas de trabajo. Confrontado a una soledad impuesta y pesada, consecuencia de un rechazo generalizado, fue en ese momento cuando empecé a sufrir mis primeras alucinaciones auditivas. La percepción de voces no me preocupó en gran medida, pero le hablé de ello a mi psiquiatra. Un nuevo diagnóstico se me colgó entonces, el de trastornos esquizo-afectivos.

De la cronicidad al estar mejor

Por aquel entonces, acepté el diagnóstico médico y el tratamiento relativo al mismo que me colocaba en la llamada cronicidad. Por azar y por suerte, tuve la posibilidad de documentarme mejor sobre los efectos secundarios de los medicamentos que tomaba, y que arrastraba mucho más de lo que yo podía imaginar.

Empecé entonces por, en primer lugar, dejar de tomar los ansiolíticos, después los antidepresivos y los antiparquinsonianos, para seguidamente disminuir las dosis de neurolépticos. Mi primer destete con respecto al tratamiento antipsicótico ha sido un suceso con una duración de tan sólo seis meses, pero un suceso importante, lleno de esperanza y de promesas, ya que las voces que escuchaba han cesado y no han reaparecido. Mi hipótesis sobre este fenómeno: No se trataba más que de palabras a las que yo buscaba un auténtico sentido. Mi reflexión al respecto hoy en día, es que las voces provenían de mi memoria, repercutiendo tanto de forma subconsciente como intencionadamente. Expresión torpe de un desequilibrio endógeno y exógeno, que fue también y ciertamente, la consecuencia de estigmas tanto intra como extra-hospitalarios (farmacología incisiva y de larga duración, aislamiento psíquico y después exclusión social), y, en fin, del auto-entrenamiento mental con el fin de recuperar mis facultades mentales.

De la psicosis por LSD a la psicosis inexplicable

Según un "Hospital virtual" en Internet, un paciente con psicosis por LSD, debe ser situado en un lugar confortable y con calma, libre de estímulos. Una presencia tranquilizadora debe serle aportada por parte de un médico, enfermero u otros/as.

El paciente no debe quedarse solo. Los estudios sobre los llamados "flashbacks" o recurrencias de los efectos de algunas drogas, hechos por profesionales, serían, según la mayoría de los toxicómanos (75%), erróneos y por lo tanto no fiables. La dependencia a dichas sustancias puede persistir, por intermitencias, durante muchos años después de la primera ingestión. Si ésta se presenta, la administración de fenotiazinas (un neuroléptico) podría provocar un desorden del comportamiento exacerbado, y sería entonces un acto terapéutico arriesgado, sino contraproducente. Este fue mi caso, ¿no es necesario tenerlo en cuenta?

Elementos para una puesta en cuestión

El Éxtasis que se distribuye actualmente, llamado teóricamente molécula del MDMA, contiene en realidad y sin embargo, frecuentemente una mezcla de sustancias activas diferentes: Alucinógenos como el LSD o la Quetamina están frecuentemente presentes. En los análisis cuantitativos, aparece una gran variabilidad de concentración de sustancias activas, pudiendo hallar desde algunos miligramos hasta más de 200 miligramos por comprimido.

La neurotoxicidad de esta droga fue negada por todos los psiquiatras que me visitaron, que plantearon, primero que mi psiquis era frágil y después que era un enfermo mental.

Un colectivo de expertos del INSERM ha insistido sobre la toxicidad de algunas drogas ilegales, a fin de sensibilizar al cuerpo médico para el posible reconocimiento de síndromes somáticos y psíquicos inmediatos y/o tardíos procedentes de su consumo. La aparición de tales síntomas, más o menos diferida en el tiempo, con relación a una toma reciente o antigua, aparece como muy ambigua para en este momento poder definir si se trata de un factor de rebote o de un eventual factor comórbido patológico. Podría también plantearse, si un fenómeno similar de post-destete está a su vez ligado a la toma de psicotropos legales, especialmente con respecto a los neurolépticos.

Una crisis episódica

Con un acompañamiento cuidadoso, en un cuadro humano y sereno, las crisis psicóticas agudas tal vez durarían alrededor de cuatro semanas, si no se las cortocircuitara por medio de quimioterapia. La persona atravesaría entonces su fase crítica en un lapso de tiempo relativamente corto. De todos modos, es difícil afirmar esto con certidumbre. En efecto, se conocen pocos estados de remisiones espontáneas de la psicosis, dado que todas las personas implicadas son tratadas con neurolépticos. El cuidado de personas en marcos de Sotéria, de algunos centros de crisis o de "Runaway-houses" (Casas de huida) en Holanda y Berlín, autogestionadas por ex-pacientes, son excepciones a la regla de la medicalización.

Conclusión

Según los principios de la homeopatía descubierta por Hahnemann con respecto a la quinina, cada medicamento puede reproducir a su vez los síntomas que tiene por objetivo curar. Los psicotropos no escapan a esta regla: Pueden provocar un estado psicótico. Además, inducen a un estado parquinsoniano, no siempre controlado por medicamentos, y a la apatía, la somnolencia, la acatisia,

¿Cuántas víctimas en salud mental deben aún sucumbir por la cronicidad (iatrogénica), o morir prematuramente? La causa hay que buscarla en las prescripciones rutinarias de neurotóxicos incisivos con riesgos desproporcionados, y en la falta de una real toma de conciencia de los colectivos médico-jurídico-políticos. Para remediarlo, es tiempo ya de que los "lobbies" psicofarmacéuticos y los psiquiatras sean responsables. Será para ello necesario que eviten los diagnósticos abusivos, y que se pongan en cuestión a sí mismos y revisen su ideología. Para aportar ayuda de calidad, deberían iniciarse en prácticas de "debriefings" y otras técnicas más humanas, más eficaces y con menos coste financiero.

Para que esta urgencia no quede sin respuesta, en los albores del siglo XXI un esfuerzo de talla es indispensable, digan lo que digan los responsables.

