

Abordaje grupal de las voces en la psicosis.

Group approach to voices in psychosis.

Carmen Hidalgo Arjona

Psicóloga Clínica. Servicio de Salud Mental del Hospital de Mollet (Barcelona).

Carmen Gómez Montaña

Psicóloga. Servicio de Rehabilitación Psicosocial del Hospital de Mollet (Barcelona).

Resumen: Que el contenido de las voces es relevante y que tiene un sentido asociado con la vida de la persona ha sido defendido históricamente por ciertos ámbitos de la psiquiatría y de la psicología. Sin embargo, el abordaje clínico actual a menudo se centra en tratar de eliminar el síntoma desde un modelo biológico reduccionista que lejos de solucionar el problema lo acrecienta al centrarse exclusivamente en el tratamiento farmacológico.

Presentamos una experiencia de grupo en el que participan personas que escuchan voces, y cuyo objetivo no es eliminarlas, sino cambiar el significado que tienen para la persona y disminuir el malestar emocional que les provoca. Un lugar donde tratar sobre la naturaleza de las voces, la relación existente con sus experiencias vitales y el impacto en su vida cotidiana.

La conclusión tras un año de funcionamiento, es que hablar en grupo sobre las voces disminuye el miedo a volverlas a sufrir, ayuda a reconocer su propia situación en la experiencia de los otros, a comprender el significado del síntoma en su biografía y al empoderamiento personal reduciendo el poder otorgado a las voces y a los demás, verdadera causa de angustia y desestabilización.

Palabras clave: Escuchadores de voces, síntoma, grupo, trastorno mental grave, empoderamiento, estigma.

Abstract: The fact that the content of the voices is relevant and that it has an associated meaning with the life of the person has been defended historically by certain areas of psychiatry and psychology. However, the current clinical approach often focuses on trying to eliminate the symptom from a reductionist biological model that far from solving the problem increases it by focusing exclusively on pharmacological treatment.

We present a group experience in which people who listen to voices participate, and whose objective is not to eliminate them, but to change the meaning they have for the person and diminish the emotional discomfort that causes them. A place to talk about the nature of voices, the existing relationship with their life experiences and the impact they have on their daily lives.

The conclusion after a year of operation is that speaking about the voices within a group diminishes the fear of suffering them again, helps to recognize their own situation in the

experience of others, to understand the meaning of the symptom in their biography and to recover personal empowerment by reducing the power given to voices and others, the true cause of anguish and destabilization.

Keywords: Hearing voices, symptom, group, serious mental disorder, empowerment, stigma.

Introducción-Justificación

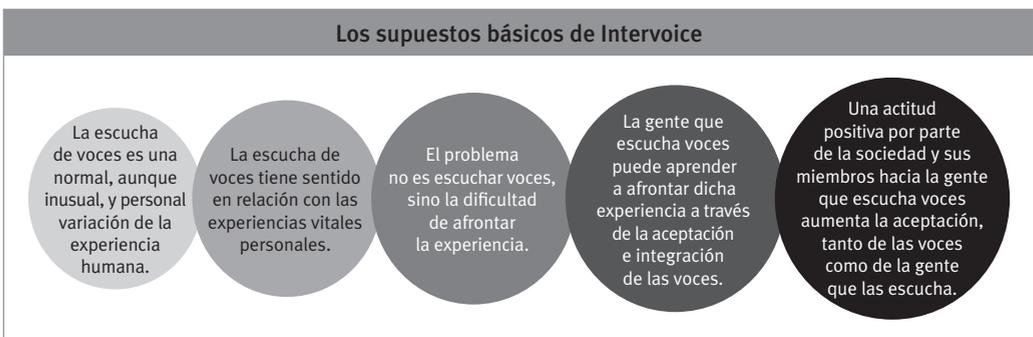
Que el contenido de las voces es relevante y que tiene un sentido asociado con la vida de la persona ha sido defendido históricamente por ciertos ámbitos de la psiquiatría y de la psicología. Sin embargo, el abordaje clínico actual a menudo se centra en tratar de eliminar el síntoma desde un modelo biológico reduccionista que lejos de solucionar el problema lo acrecienta al centrarse exclusivamente en el tratamiento farmacológico.

Hay alrededor de un 40% de personas en las que las voces no desaparecen al tomar la medicación, pudiéndose generar problemas de concentración, ansiedad, aislamiento social, problemas conductuales y riesgo de la vida. Además los neurolépticos aunque producen alivio al reducir la respuesta a estímulos emocionales intensos, tienen también efectos secundarios, a veces irreversibles, e incrementan el riesgo de episodios psicóticos dada la alta probabilidad de recaída asociada a su suspensión.

Desde hace más de 30 años, están surgiendo movimientos alternativos que proceden de Ho-

landa e Inglaterra, basados en una amplia investigación y experiencia de las personas que escuchan voces, y del trabajo de Marius Romme, psiquiatra social Holandés, que tratan de aproximarse a los trastornos psiquiátricos, poniendo el acento en la dimensión social y reconociendo la compleja naturaleza de sus causas. Las investigaciones epidemiológicas muestran que entre un 2% y un 4% de la población normal escucha voces, y solo un tercio de quienes las escuchan, tienen vivencias, síntomas, conductas o trayectorias que conducen a un diagnóstico y tratamiento psiquiátrico. Dos tercios de las personas que escuchan voces son capaces de convivir bien con las mismas y las consideran una experiencia esencialmente positiva, ya que las voces son para ellos una fuente de consejo o mensaje que puede resultar de ayuda.

El movimiento de escuchadores de voces defiende que hacer explícita la relación entre la historia individual y las voces, volver a narrar el sufrimiento desde un espacio social, permite darle un nuevo sentido a la experiencia y ayuda a recuperar el control de la vida.



<https://www.entrevoces.org> (1)

Metodología

Inspirado en el movimiento de escuchadores de voces, iniciamos en septiembre de 2016, en el servicio de rehabilitación comunitaria de Mollet,

un grupo en el que las personas pudieran hablar de manera abierta de sus experiencias con las voces. El Servicio acoge a personas con Trastorno Mental Grave y elevado nivel de deterioro psicosocial.

Un espacio grupal, que continúa en la actualidad, en el que no se cuestionan sus creencias reconociéndolas como una experiencia real del escuchador que puede aprender a manejar con éxito. Otorgando especial importancia a la creación de un ambiente seguro, respetuoso, que fomente el apoyo mutuo y la aceptación. Apostando por un sujeto activo, abierto al cambio, capaz de producir grupalmente nuevos significados, trabajando con las voces y no en contra de ellas. Se tratan aspectos como la naturaleza de las voces, la relación existente con sus experiencias vitales, el impacto en su vida cotidiana y las mejores estrategias para afrontarlas.

El grupo, de 9 miembros, todos ellos diagnosticados de trastorno psicótico de años de evolución, está coordinado por la psicóloga y se reúnen una vez a la semana durante una hora. Todos los integrantes están en tratamiento farmacológico pero continúan escuchando voces, excepto dos personas que en la actualidad ya no las escuchan.

La función de la profesional es facilitar el dialogo, evitando un lenguaje técnico, reemplazando el miedo por curiosidad, validando su realidad aunque no sea compartida y ayudando a relacionarse mejor con sus voces y con su entorno. El objetivo no es solo prestar atención o consuelo sino estar dispuesto a modificar la posición de partida.

Aceptar las voces es también aceptar a la persona y no negar las emociones o los aspectos indeseados que manifieste el paciente o que reactiven aspectos indeseables propios. Como decía Winnicott, 1969 *“Mas importante que hacer grandes interpretaciones es transmitirle que puedes acoger su angustia psicótica y los contenidos más perturbados de su pensamiento, y que uno tiene capacidad de sobrevivir.”*(2)

Hubo también sesiones informativas sobre las técnicas de afrontamiento que aparecen en la guía de Marius Romme y Sandra Escher *DANDO SENTIDO A LAS VOCES, Guía para los profesionales, 2005* (3) como técnicas de postergación de las órdenes de las voces, de visualización, de establecimiento de límites, de comprobación de la veracidad, de tomar nota de lo que dicen, de establecer un horario definido para escucharlas, etc. Y sobre los estudios e investigaciones (Rom-

me y Escher 1996) que defienden que escuchar voces no es tan infrecuente y que algunas personas se las arreglan para vivir con ellas. (4)

Un gran número de estudios, incluyendo un estudio a 15.000 estadounidenses sugieren que: «...alrededor de un 55% de las personas han escuchado voces en algún momento de su vida, normalmente tras acontecimientos severamente angustiosos. Y otras investigaciones muestran que existe una relación entre pasados o recientes acontecimientos traumáticos o emocionalmente intensos (accidentes, divorcio, muerte de un ser querido, maltrato físico o abuso sexual, aventuras amorosas, embarazo y parto) y el comienzo de la escucha de voces Read, 1997(5); Hammersley, Read, Woodall y Dillon, 2008(6); Read and Bentall, 2010(7); Read and Bentall, 2012(8); Varese et al. 2012(9) – algunos sugiriendo 70% de adultos y 85% de niños (Escher y Rome, 2010(10).

O, como la investigación antropológica de Tanya Lührman (2014), que demuestra que el modo en que los enfermos de esquizofrenia experimentan las alucinaciones auditivas depende de su contexto cultural. En Estados Unidos las voces son percibidas como más agresivas duras y síntomas de una enfermedad cerebral, mientras que en África y la India, son percibidas como más benignas y en su mayoría una experiencia positiva. Y esto puede tener consecuencias para el tratamiento. Las voces violentas tan comunes en occidente pueden no ser una característica inevitable de la esquizofrenia. Más voces benignas pueden contribuir a un curso y resultado más benigno. (*Hallucinatory ‘voices’ shaped by local culture, Stanford anthropologist says Tanya Lührman 2014*) (11).

En algunas sesiones se hizo un recorrido histórico describiendo como el escuchar voces ha sido considerado normal o patológico, aceptado o rechazado en según qué épocas o culturas, destacando las figuras más famosas (Sócrates, Galileo, Pitágoras, Moisés, Jesús, San Agustín, Santa Juana de Arco, San Ignacio de Loyola, Santa Teresa de Calcuta, Virginia Wolf, Karl Gustav Jung, y Ghandi) que han sido identificadas como escuchadoras de voces, asociándolas a la creatividad y la visión filosófica y no a la locura y enfermedad.

Valoración

La mayoría de participantes con muchos años de tratamiento exclusivamente farmacológico escuchaban al principio con extrañeza mis explicaciones sobre los *grupos de voces*, se sorprendían del valor otorgado a la palabra en estos tratamientos, de la relación de sus voces con los acontecimientos vitales. Estas personas habían estado durante años recibiendo como única alternativa a las voces un ingreso hospitalario o un aumento de medicación.

Fue sencillo ir recogiendo pedazos significativos de su historia, ir enunciando experiencias traumáticas del pasado y malestares presentes. Algunas personas oían voces desde la infancia, y pudieron estar temporadas estables sin tratamiento. En todos los participantes se describen eventos estresantes en entornos familiares o laborales como desencadenantes o desestabilizadores. Hay también factores de personalidad que parecen influir como un cierto *estilo evitativo*, con elevada necesidad de aprobación y marcada inestabilidad emocional.

En los debates se pone de manifiesto que los contenidos de las voces expresan conflictos entre el ideal y la realidad, como aquella persona con un ideal de pureza y castidad que era insultada por sus voces en sus prácticas onanistas; situaciones dolorosas o insoportables, como un divorcio o la separación de los padres, el servicio militar o la muerte temprana de la madre; conflictos interpersonales, como la madre invasiva a la que no se puede poner límites; dificultades de la persona en la toma de decisiones, como abandonar o no un trabajo estresante, que en uno de los casos conllevó además cortarse el dedo como obediencia a la voz antes de dejar su trabajo.

Las voces vehiculizan sentimientos difíciles de tolerar como la culpa, la vergüenza, el miedo, la rabia. Se constata a menudo la subordinación del sujeto a las voces y el reflejo de esquemas de relación similares con su red relacional. Las personas poco asertivas en su vida tampoco saben defenderse de las voces. Los componentes supersticiosos son muy comunes y también las creencias de tipo metafísico concernientes a temas como espiritualismo, maldad, castigo, dolor y poder. Este tipo de creencias tienden a

su mantenimiento, ya que al ser reforzada intermitentemente de un modo casual permite darle entidad; en términos del aprendizaje hace más difícil su extinción. Una paciente encontró un día un vestido bonito en el mercadillo después de obedecer a sus voces y otro día no les hizo caso y no encontró nada, con lo cual quedó convencida que debía obedecer siempre para que todo le fuera bien.

Los contenidos a veces expresan sentimientos de grandiosidad y fantasías de omnipotencia, como la paciente que sentía que tenía una misión en el mundo y una relación directa con Dios. Creerse una persona especial y única quizá permite acomodarse en un entorno que se percibe hostil y excluyente. En este caso la persona no quería dejar de sentir estas voces y las consideraba un apoyo en su vida. Las voces pueden actuar como mecanismo de defensa para culpar a un tercero de los problemas y de las emociones desagradables que suscitan. Como se postula desde la teoría psicoanalítica, la dificultad para resolver un problema puede conducir al desarrollo de una estrategia por el cual se presenta la amenaza como proveniente del exterior y no del interior y el síntoma puede ocupar el lugar del problema biográfico socioemocional original. Por ello se requiere un especial cuidado con las actuaciones o interpretaciones precipitadas y categóricas de los profesionales. Como ilustración pondría el ejemplo de un paciente que se crió en un prostíbulo teniendo desde niño que presenciar escenas para las que no estaba preparado y que de mayor acabaría invadido por voces que le harían desconfiar de todo el mundo, soslayando de alguna manera el trauma original. Uno de los conflictos que empezaba a exteriorizar era el conjunto de sentimientos ambivalentes hacia su madre. Su necesidad de estar con ella y el resentimiento hacia ella por no haberle protegido de niño.

Las voces pueden aparecer en lugar de los recuerdos desagradables o de los pensamientos indeseados. Como la paciente que transfería la hostilidad hacia sus hijos, a un agente externo, la voz, que les decía que les dañara, que les matara, salvando su ideal de buena madre. Por suerte no eliminó su responsabilidad y supo encontrar la forma para no obedecer a la voz y hablar de lo que le estresaba de los hijos.

Ciertas situaciones vitales extremas predisponen a alucinar sobre contenidos concretos, como las voces descalificadoras e insultantes tras un acuciante problema económico, situación que se produjo en más de un paciente.

Sin llegar a conseguir una formulación sistemática y por escrito de un constructo o historia vital en la línea planteada por la ya enunciada guía de que pudiera dar respuestas a ¿A quién representan las voces?, ¿Qué problemas representan las voces o conflicto socioemocional?, o ¿Cómo podemos darle sentido a las voces?, si se obtuvo un efecto apaciguador, una mayor aceptación de la realidad de las voces y de la sensación de control sobre sus vidas. Mejoró la confianza con el profesional y se mostraron más expresivos y comunicativos.

Se pasó un cuestionario de valoración a todos los integrantes después de 1 año de participar en el grupo. Todos han valorado la experiencia de muy positiva, destacando el fortalecimiento de la relación entre compañeros, la disminución de la intensidad y frecuencia de las voces, de la angustia asociada a su presencia y al temor a que aparezcan de nuevo. Al inicio del grupo dos personas percibieron un incremento de las voces negativas y de desconfianza. Las voces parecían anunciar los peligros de compartir públicamente lo más inconfesable de su intimidad. Estas personas después pudieron ir hablando de su miedo a que fuera del grupo se divulgara lo que se hablaba dentro, que pudiera llegar esa información a vecinos, amigos, familiares o a otros profesionales referentes, y también del miedo a que la voz, que ellos consideraban muy poderosa, se enfadara al sentirse de alguna forma cuestionada o traicionada. Por ello era importante repetir que el objetivo no era acallar las voces sino escucharlas y entender su mensaje y respetar la confidencialidad de lo tratado allí.

El espacio individual permitió tratar un poco más la relación funcional de las voces con su historia y abordar temas que no se atrevieron a explicar en el grupo, como las voces acusatorias que sentía un paciente por sus fantasías pederastas. Este último trajo por escrito sus voces, frases inacabadas fijadas a una personalidad de personas algunas conocidas y otras desconocidas, algunas parecían avisarle del riesgo que corría

si descargaba videos ilegales. “-Mi deber es denunciarte. Pornografía infantil. Que viene la policía. Podemos hacer contigo lo que queramos. Somos mayores que tu-”. Me confesó en una entrevista que de niño se vio violentado por su tía en caricias que le incomodaban y que vivió como un abuso.

Realicé una sesión en el hospital para explicar el grupo a los profesionales del Centro de Salud Mental. También observé en el equipo miradas de sorpresa, silencios tensos y algunos comentarios de aprobación. En los cursos clínicos de diversos profesionales aparecen referencias positivas de los pacientes respecto al grupo, creo que es la mejor manera de validar la utilidad del mismo. No se produjo ningún ingreso hospitalario de los participantes y se redujeron las visitas urgentes de algunos de los más demandantes.

Ningún participante se dio de baja durante el año, salvo una persona por motivos médicos y otra que solo vino a una sesión. La asistencia fue de las más regulares entre los talleres y actividades del Servicio y de las mejores valoradas en los cuestionarios de satisfacción generales.

Hablar en grupo sobre las voces disminuye el miedo a volverlas a sufrir, ayuda a reconocer su propia situación en la experiencia de los otros, a comprender el significado del síntoma en su biografía y al empoderamiento personal reduciendo el poder otorgado a las voces y a los demás, verdadera causa de angustia y desestabilización.

Los “expertos por la experiencia” (escuchadores de voces) junto con los “expertos por la profesión” (profesores, clínicos, investigadores) debemos trabajar mano a mano para reformular la comprensión e intervención sobre la escucha de voces y sobre otros síntomas, redefinir la propiedad del poder y del lugar de experto y luchar contra el estigma, y la exclusión social de las personas con dificultades de salud mental.

Anexos

Vñetas de las sesiones

J.: Tuve mi primera crisis en el servicio militar. Casi mato a un hombre si no me llegan a parar. Me sentía solo y recibiendo órdenes continuamente, me trataban mal. Después de aquello, me

mantuve estable muchos años, trabajando y con voces que me ayudaban, que eran amigas, sin medicación. Ahora desde hace 4 años, desde la separación estoy fatal, me siento solo y con voces muy negativas. No puedo confiar en nadie. La medicación es como un escudo, te ayuda, pero si se desequilibra la mente ya nunca puede ser como antes.

Carmen: Parece que hay situaciones difíciles de afrontar como el servicio militar o una ruptura sentimental que puede hacer que las voces aparezcan o que las que antes te ayudaban ahora te asusten, ¿te parece que está relacionado con la soledad?

J: Sí, puede ser. Antes mi mujer me solucionaba todas las cosas y ahora me cuesta organizarme.

I.: Las voces te aíslan de los demás. Pueden ser un enemigo. Saben todo de mí. No puedes esconderle nada, me pillan al vuelo lo que pienso. Te siguen en el baño y cuando tienes sexo, no tienes intimidad. Estuve también muchos años sin medicación y bastante bien, hasta poco después de tener a mi hija. Dormía poco. Supe que mi marido me fue infiel o que se travestía, porque encontré en mi mesita restos de carmín. Él lo negó todo, claro, que me iba a decir.

O.: Yo me puse malo poco después de que se separaran mis padres. Me dijo un curandero que tenía los demonios dentro, trató de quitármelos pero no funcionó. Una vez la voz me dijo que me cortara el dedo en el trabajo y lo hice y la voz se fue. Pero vuelve por las noches y se enfada cuando me desahago físicamente. Me insulta. Me siento impuro cuando lo hago. Y me insulta por las mañanas. Creo que todo el mundo se da cuenta.

Carmen: Parece que la sexualidad se vive con cierta culpa o vergüenza, como si se tratara de un pecado. Y hay la vivencia de que las voces tienen mucho poder. Te afectan en tu intimidad, te dan órdenes. ¿Por qué pensáis que son tan poderosas?

I.: Las ves tan poderosas porque no te das valor a ti mismo. Pero en realidad las voces no tienen poder sobre ti, no te pueden pegar, ni te pueden matar.

J.: Te pueden hacer maltrato psicológico, hacerte suicidar.

A.: La voz puede contigo si estás débil; si eres fuerte, no. Yo sabía que tenía que luchar contra esa voz mala que me decía que hiciera daño a mis hijos. Cuando venía la voz cogía el bolso y me iba a dar un paseo y se me pasaba. Jamás hice daño a mis hijos. Al final tú siempre eres la que decides.

Carmen: Estoy de acuerdo con las compañeras que aunque las voces dan órdenes, no hay por qué obedecer. Primero habría que preguntarles qué efectos tendría lo que dicen sobre mí. Y, como nos ha explicado A, si los efectos no son buenos, intentar encontrar una estrategia positiva, como salir a dar un paseo. También resulta interesante reflexionar si al estar angustiados por algún tema, se percibe un aumento de las voces.

V.: Yo a veces me río de mis voces y las hago confundir. Una vez les dije “Rajoy ha muerto! Rajoy ha muerto!”. Y me lo pasé muy bien, porque se pusieron muy nerviosas y alteradas repitiendo mi frase.

J.: yo lo que hago cuando me agobian, es adelantar la medicación e irme a dormir.

O.: Yo intento mantenerme activo y solo por la noche escucharlas. Intento que no me ocupen todo el día y por ahora me funciona. Si me hablan por las mañanas no les hago caso.

I.: A mí las voces me hacen buena compañía, me dan paz. Yo tengo una relación muy especial con ellas. Yo no quiero que marchen. Y no suelo decir que oigo voces para que no me ingresen o me aumenten la medicación.

Ab.: A mí las voces me obligan a explicarle cada día lo que he hecho, mis intimidades. Si no lo hago me atormentan, se ponen agresivas. Es como cuando mi madre me insiste que quiere saber cosas mías que no quiero compartir y ella indaga y se enfada si no se las explico. Pero no quiero que penséis que mi madre es igual.

Carmen: ¿Qué le diríamos a una persona demasiado invasiva o pesada con nosotros? ¿Qué le podríamos decir a las voces?

I.: Solo te explico lo que yo quiero y tienes que respetarme. La trataría con cariño pero defendiendo mí intimidad. Y si se pone agresiva conmigo no hacerle caso.

O.: Yo he descubierto que siendo más seguro de ti mismo las voces se paran. El otro día le dije a las voces que ahora no abría la puerta porque tenía que ir antes a buscar las llaves, y estas se pararon.

A.: Tienes que ser contundente y radical y decir basta ya. A mí me funcionó.

Ad.: Mis padres querían que hubiera nacido chico porque ya tenían una niña. Llegue a hacer pipí de pie. Mi madre se quería tirar al pozo y pensé que era por mi culpa. Con 7 años yo ya tomaba Valium para dormir.

I.: Con 5-8 años oía a Rafael como nana “Yo soy aquel” y me gustaba, no eran ningún problema para mí.

V.: De pequeño yo pensé que había matado a mi madre con el pensamiento, porqué me enfadé y le deseé la muerte, muriendo poco después. Lo pasé muy mal. De mayor la voz me dijo que dejara de trabajar y le hice caso.

S.: Mi madre sufrió cáncer y pensé que yo tenía algo que ver. Me quemaba el cuerpo. Alguna vez oía el demonio y a veces una voz buena. Gracias a la medicación me desapareció. Y Ahora sé que yo no tenía nada que ver en su muerte. A veces echo de menos las voces y me gustaría que aparecieran.

I.: Yo hago lo que me piden porque si no podrían hacerle daño a mi hija. Y lo tengo comprobado: si no les hago caso cuando voy al mercadillo no encuentro ropa para mí. Y tengo miedo que mi hija sufra mi misma enfermedad.

Carmen: Parece que ante la muerte de un ser querido aparece de alguna manera un sentimiento de culpa. Esto puede ser una reacción habitual

en los periodos de duelo porque el dolor es muy grande y necesitas dar una explicación, a veces te culpas a ti mismo o culpas a los demás, pero después con el tiempo normalmente vas pudiendo aceptarlo. Y lo que explica I. podría tener relación con el deseo de proteger a los seres queridos, que no les pase nada. Yo como madre me reconozco en ese sentimiento de querer evitarles dolor a mis hijos, aunque generalmente no podemos hacerlo y sufrir un poco también les ayuda en la vida.

S.: Si, yo antes creía que podían pasar esas cosas malas, pero ahora ya no pienso lo mismo, antes era muy supersticioso y creía que si no hacía alguna cosa pasaría algo malo.

Carmen: ¿Qué pensáis de las supersticiones, conocéis algunas que hayan existido socialmente?

I.: Antes decían que las mujeres con la regla no podían tocar flores, preparar el *all i oli* (mayonesa). Ahora ya no se lo cree nadie.

D.: Yo empecé a notar sensaciones de que me tocaban, me asustaban. Antes los intentaba matar con un cuchillo; ahora con la medicación ya no quiero hacerlo, pero muchas veces siento que hay un complot en contra mía, que me quieren hacer daño.

S.: A mí también me pasó pero me tranquilicé y fueron desapareciendo. Me funciona exponerme a mis miedos. Antes me costaba salir de casa, pensaba que la gente hablaba de mí, pero ahora cuando pienso que hablan de mí me acerco y descubro que no están hablando de mí y me tranquilizo.

V.: He abierto un block llamado el club de los imperfectos en el que pongo todos mis defectos para no engañar a nadie. Quiero que la gente me conozca y acepte como soy.

Risas.

Contacto

Carmen Hidalgo Arjona • m.hidalgo@fsm.cat • 935 636 100

Servicio de Salud Mental del Hospital de Mollet (Barcelona) • Ronda dels Pinetons, 6-8

Bibliografía

1. <https://www.entrevoces.org>
2. Winnicott DW (1969). The use of the object, *Int J Psychoanal.*
3. Romme, M. Escher, S. (2005) “Dando sentido a las voces. Guía para los profesionales de la salud mental que trabajan con personas que escuchan voces”. Fundación para la investigación el tratamiento de la esquizofrenia y otras psicosis.
4. Romme M. A.J., Escher A.D.M.A.C. (1996) - “Empowering people who hear voices” in Haddock G., Slade, P.D. *Cognitive Behavioural Interventions with Psychotic Disorders* (Routledge, London).
5. Read, 1997;
Read, J., Reynolds, J. (1996) *Speaking our Minds. An Anthology of Personal Experiences and its Consequences* (The Open University/ Macmillan, London).
6. Hammersley, Read, Woodall y Dillon, 2008;
Hammersley, Read, Woodall y Dillon, 2008; *Journal of Psychological Trauma* Publication details, including instructions for authors and subscription information: *Childhood Trauma and Psychosis: The Genie Is Out of the Bottle*. Published online: 11 Oct 2008.
7. Read and Bentall, 2010;
Read, J.and Bentall,R.The effectiveness of electroconvulsive therapy: a literature review. *Epidemiol Psychiatr Soc* 2010; 19: 333-47.
8. Read and Bentall, 2012;
Read, J.and Bentall,R. Negative childhood experiences and mental health: theoretical, clinical and primary prevention implications.*Br J Psychiatry.* 2012 *Oct;201(4):328*.
9. Varese et al. 2012
Varese F, Smeets F, Drukker M, Lieverse R, Lataster T, Viechtbauer W, Read J, van Os J, Bentall RP. Childhood adversities increase the risk of psychosis: a meta-analysis of patient-control, prospective- and cross-sectional cohort studies. *Schizophr Bull.* 2012 Jun;38(4):661-71.
10. Escher y Rome, 2010
Escher, A., Romme, M. (2010). *Children hearing voices. What you need to know and what you can do.* Ross-on-Wye: PCCS Books.
11. Tanya Luhrman (2014) FROM STANFORD REPORT, July 16, 2014, Hallucinatory ‘voices’ shaped by local culture, Stanford anthropologist says, by Clifton B.

• Aceptado: 7/12/2017.