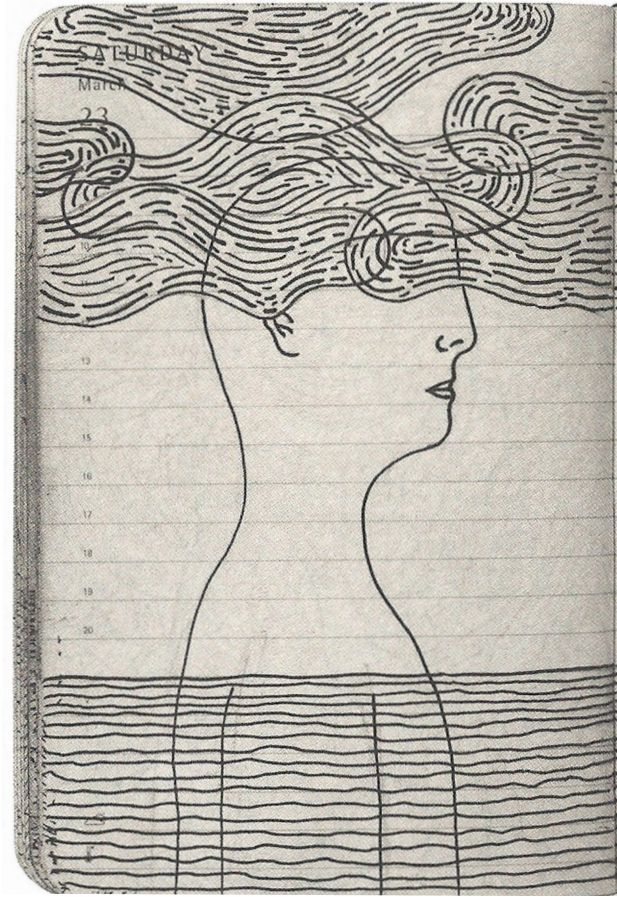


Oír voces

Manuel Desviat



Pep Carrió, *Solo existe la herida de uno mismo*, 2012

Sabemos qué es percibir e imaginar, pero nadie nos autoriza, como escribe Lantéri-Laura, a pretender que sabemos con la misma certeza qué es alucinar¹. De las voces, de las conversaciones “percibidas sin objeto”, solo sabemos lo que nos cuentan quienes las oyen. Presentes en la historia de la humanidad desde sus orígenes, ora como experiencias místicas, comunicaciones de los dioses o el demonio –recuérdese cuando Lutero lanzó su tintero a la cara

al demonio que le importunaba demasiado en su retiro de Warturgo¹–, para los psiquiatras de hoy basta su presencia para diagnosticar esquizofrenia. Las “voces alucinatorias que comentan la propia actividad, que discuten entre ellas sobre el enfermo u otros”^a son un criterio suficiente para diagnosticar la esquizofrenia para la CIE-10, al igual que para el DSM IV TR: “...si las ideas delirantes son extrañas, o si las ideas delirantes consisten en una voz que co-

¹Lantéri-Laura G. Las alucinaciones. México D.F: FCE; 1994.

^a Criterios para el diagnóstico de esquizofrenia en el DSM: “Sólo se requiere un síntoma del Criterio A si las ideas delirantes son extrañas, o si las ideas delirantes consisten en una voz que comenta continuamente los pensamientos o el comportamiento del sujeto, o si dos o más voces conversan entre ellas.(DSM IV TR). Y en la CIE-10: “Presencia como mínimo de un síntoma muy evidente o dos o más si son menos evidentes, de cualquiera de los grupos uno a cuatro...- siendo el 4: “Voces alucinatorias que comentan la propia actividad, que discuten entre ellas sobre el enfermo u otros”.



menta continuamente los pensamientos o el comportamiento del sujeto, o si dos o más voces conversan entre ellas". Pero no ha sido siempre así. Desde que Esquirol²⁴ y posteriormente su discípulo Jean Pierre Farel²⁵ introducen en la psiquiatría las alucinaciones como percepciones sin objeto, acabando con la polisemia que venía arrastrando desde la antigüedad, surge el debate en los foros médicos de si uno puede alucinar sin padecer alienación mental, si se puede escuchar voces sin estar loco. Controversias que en Francia animaron múltiples sesiones de la Societé Médi-

co-Psychologique, como puede comprobarse en los *Annales médico-psychologiques*, de mediados del siglo XIX⁵, en la encuesta realizada por la *Society or Psychical Research*⁶ y, más cerca de nosotros, en las investigaciones que recogen Marius Romme y Sandra Escher de personas en poblaciones sanas que escuchaban voces.⁷

El hecho es que con la medicalización de la locura, a mediados del siglo XIX, las voces se convierten en síntoma de enfermedad, en alucinaciones auditivas. Un síntoma físico donde se pierde su contenido semántico, estableciéndose la duda de si su contenido significa algo. Así pues, nos encontramos una vez más en esto de las voces con la continuidad o la discontinuidad o, dicho de otra manera, con la ruptura o no entre la razón y la locura, con la estanqueidad o permeabilidad entre lo normal y lo patológico. Una interrogación que se acompaña de otra interpelación crucial: ¿tienen algún sentido las voces o son solo ruido? Por una parte, la psicopatología descriptiva, hoy preponderante, sostiene que esas voces son ruido, que debemos aislar la señal neurológica causal del ruido en que viene envuelta. Convertidas en signo, las alucinaciones dejan de tener valor psicoterapéutico; importan en el diagnóstico solo en el último tercio del siglo pasado.

En el otro extremo de la consideración clínica y psicopatológica, Henry Ey escribe en su *Traité des Hallucinations* que, desde su primer contacto con la

²⁴Esquirol J.E.D. Des maladies mentales. Paris: Frénésie; 1989.

²⁵Esquirol E, Daquin J. Sobre las pasiones. La filosofía de la locura. Madrid: AEN; 2000.

⁴Esquirol J.E.D. Memorias sobre la locura y sus variedades. Madrid: DorSA, 1991

⁵Garrabé J. Ey. Le Plessis-Robinson: Institut Synthélabo; 1997.

⁶Berrios G.E. Historia de los síntomas de los trastornos mentales. México DF: FCE; 2008.

^b Encuesta con 1684 respuestas positivas de las 17000 recibidas en sujetos que eran considerados normales (Berrios G, Historia de los síntomas..., pp. 77-79)⁶.

psiquiatría, se sintió fascinado por la alucinación: “este misterio por el cual se transparenta el milagro de la percepción, y que constituye la clave de bóveda de toda la psicopatología, porque es en relación a ella que se ordenan todos los interrogantes a los que debe responder el saber psiquiátrico^{5,8}. Clave de bóveda de la semiología, de la psicopatología, y delimitación de dos formas de afrontar el tratamiento. Pues si lo que el contenido de lo que el paciente escucha ya no tiene significado para el terapeuta, ¿para qué entretenernos en escucharlas, en buscar un sentido a lo que se dice?, ¿para qué enredar más al sujeto, si la alucinación solo es ruido, contingencia, y lo que importa es la falla neurofisiológica que la provoca? Actuar lo más eficaz y rápidamente posible, con dosis poderosas de neurolépticos, cuando no varias sesiones de TEC, se convierte en la primera opción para una buena mayoría de discípulos de los DSM, las CIE y numerosas y consensuadas guías. El engarce con la biografía, con la patobiografía del sujeto, está fuera de lugar o sirve como una distracción coloquial, para vestir el acto médico o la historia clínica.

Volviendo a Henry Ey, en una conferencia de 1945, recogida en sus *Estudios psiquiátricos*⁹ (p. 15 t 1), decía que la primera causa de la crisis de la psiquiatría era el desinterés casi total de los poderes públicos y de la opinión pública en relación a los problemas sociales de la psiquiatría, y la segunda, el desconocimiento, cuando no el desdén, que el cuerpo médico manifestaba en relación al hecho psicopatológico. Hoy podríamos estar de acuerdo, casi setenta años después, con la primera de las

causas, pero, sin embargo, en la segunda, tendríamos que extender el desdén y el desconocimiento de la psicopatología al propio cuerpo de los psiquiatras y psicólogos clínicos.

La cuestión, digámoslo una vez más, no es naturaleza versus cultura, pues no se niega la importancia del soporte biológico (véase en este número el artículo de Vicente Molina), sino el ingenuo e interesado planteamiento que pretende reducirlo todo a la biología. La psicopatología encuentra su razón de ser en la búsqueda del sentido de los síntomas, sea cual sea la metáfora que utilicemos para conceptualizar el trastorno o malestar psíquico, y las alucinaciones, como se viene sosteniendo en esta revista *Átopos*¹⁰, se engarzan en la biografía del sujeto, según el imaginario colectivo, en la idea que de la enfermedad se hace en cada momento histórico cada cultura.

En cualquier caso, formen parte o no del tránsito de la locura a las características de la modernidad; sea la esquizofrenia una enfermedad de la soledad y cierto desamparo de nuestra época ante la laicidad de la razón ilustrada, las voces y el delirio son (para muchos clínicos) una defensa ante el caos, ante el desmoronamiento de la razón que produce el brote psicótico: una reconstrucción, un intento de resolución de la crisis, de cegar la rotura de sentido de las palabras, de la vida. Como José María Álvarez y Fernando Colina escribieron en esta revista¹¹, las voces son gritos que reclaman la presencia de alguien, gritos para combatir la soledad. Todas significan ven... Son compañía, así lo atestiguan en muchas ocasiones los pacientes que atendemos.

¿Para qué entretenernos en escucharlas, en buscar un sentido a lo que se dice?, ¿para qué enredar más al sujeto, si la alucinación solo es ruido, contingencia, y lo que importa es la falla neurofisiológica que la provoca?

⁷Rome M, Escher S. Dando sentido a las voces. Madrid: Fundación para la prevención tratamiento de la esquizofrenia.; 2005.

⁸E y H. *Traité des Hallucinations*. París: Masson; 1973.

⁹E y H. *Estudios psiquiátricos*. Buenos Aires: Polemos; 2008.

¹⁰Véase, entre otros, el artículo de Namdev Freund y Ana Moreno, *Escuchando voces...y contarlos en la red*, *Átopos*, 11, 2011.

¹¹Álvarez J M. Las voces y su historia, *Átopos*, 6, pp 4-12.

–No, doctor, con la medicación ya no oigo las voces. Pero, doctor, ahora nadie me avisa de los peligros...- P. llevaba muchos años conviviendo con voces y delirios megalomaniacos y de referencia; voces que –nos decía– “no me dejan vivir”. La clozapina resultó eficaz y acabó con ellas.

–¿?

–De los semáforos en rojo...

–Las “chicas” me han abandonado, estoy sola...Me cuenta J., 66 años, en tratamiento desde los 20 años, que, prácticamente sin familia, vive sola, en una infravivienda del barrio de Tetuán, con menos de 400€ de renta al mes.

–Te veo muy bien, Pablo –le digo a un paciente de 40 años que viene encorba-

tado, aseado, sonriente, tranquilo; cosa que no es habitual en él.

–Las voces me han dado vacaciones, doctor, tenía mucho trabajo, ya sabe, soy ministro de economía, y todo está mal. La crisis... –Pablo viene relatando desde hace años que su trabajo es mental, generalmente lo cambia y suele andar muy ocupado en ingentes tareas de ámbito internacional. Es la primera vez que se da, que las voces le dan vacaciones.

Están las voces auténticas, y las de la enfermedad. Como escribió Schreber¹². Las que nos cuentan, y las que nos esconden. Unas nos las otorgan, son de la enfermedad, son para nosotros; otras son de ellos: las auténticas.

¹²Schreber DP. Sucesos memorables de un enfermo de los nervios-Madrid: AEN, 2003.