

# Dotando de contexto y sentido a la escucha de voces: el enfoque Maastricht como tecnología del yo para un cuidado de sí

## Giving context and meaning to hearing voices: The Maastricht approach as a technology of the self for the care of the self

Sandra González Durán<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Doctora en Sociología. Profesora Adjunta, departamento de Sociología y Trabajo Social, Euskal Herriko Unibertsitatea, Campus de Álava, Vitoria-Gasteiz, Álava, España. ✉ 

**RESUMEN** En el modelo biopsiquiátrico, escuchar voces es una alucinación auditiva ligada, usualmente, al diagnóstico de esquizofrenia. Sin embargo, en el enfoque Maastricht, escuchar voces es un mecanismo de supervivencia, es posible aprender a convivir con ellas y dotarlas de sentido. Desde un diseño cualitativo y una perspectiva gubernamental se realiza un análisis del discurso del guion de entrevista del enfoque Maastricht como tecnología del yo, partiendo de las siguientes categorías analíticas: los objetivos y las acciones que moviliza el enfoque; cómo conceptualiza al escuchador de voces, a las voces, y a la relación entre el escuchador y las voces. Difiere de la gestión de sí biopsiquiátrica en tres aspectos: las voces son significativas y situadas, el sujeto es relacional, y se da influencia mutua entre el sujeto y sus voces. En consecuencia, esta herramienta para el autoconocimiento y la autotransformación visibiliza un sufrimiento situado, enraizado en contextos personales, colectivos y estructurales en los que las voces son parte del ecosistema de un sujeto que ejerce el cuidado de sí.

**PALABRAS CLAVES** Salud Mental; Autocuidado; Personas con Enfermedades Psiquiátricas; Disidencias.

**ABSTRACT** Within the biopsychiatric model, hearing voices is understood as an auditory hallucination, usually associated with a diagnosis of schizophrenia. In contrast, the Maastricht approach understands hearing voices as a survival mechanism and holds that it is possible to learn to live with voices and to make sense of them. Using a qualitative design and drawing on a governmentality perspective that conceptualizes the Maastricht approach as a technology of the self, this study conducts a discourse analysis of the Maastricht interview guide. The analysis is organized around the following categories: the aims and actions promoted by the approach; how it conceptualizes the voice-hearer, the voices, and the relationship between the voice-hearer and their voices. The Maastricht approach differs from biopsychiatric forms of self-management in three respects: voices are understood as meaningful and situated experiences; the subject is conceived as relational; and the relationship between the subject and their voices is characterized by mutual influence. Consequently, this tool for self-knowledge and self-transformation makes visible a situated form of suffering rooted in personal, collective, and structural contexts, in which voices are part of the ecosystem of a subject engaged in the practice of taking care of the self.

**KEYWORDS** Mental Health; Self Care; People with Psychiatric Disorders; Dissent.

## Introducción

En nuestra cultura occidental, escuchar voces se identifica directamente con la locura. La psiquiatría biomédica considera la escucha de voces una alucinación auditiva que desemboca generalmente en un diagnóstico de esquizofrenia. Desde estas coordenadas, la biopsiquiatría insta una separación clara y definitiva entre el sujeto y las voces que escucha, con el objetivo último de que estas disminuyan y/o desaparezcan. Así, a las voces categorizadas como alucinación auditiva no se les presupone ninguna correspondencia o vínculo con la realidad y se considera que carecen de sentido, de modo que los pacientes psiquiátricos que las escuchan han de gestionarlas o bien ignorándolas o bien mediante la negación de su existencia.

La biopsiquiatría opera a lo largo de esta investigación como modelo analítico, tanto por su predominancia como porque en los países del “norte global” la escucha de voces se sitúa generalmente en el malestar psíquico agudo, enmarcada en el ámbito de la clínica y los hospitales donde el modelo médico hegemónico, en términos de Eduardo Menéndez<sup>(1)</sup>, encuentra menores resistencias y divergencias. Siguiendo a Nikolas Rose en *Our psychiatric futures*<sup>(2)</sup>, podemos afirmar que la psiquiatría biomédica es hegemónica en el ámbito de la investigación europea-norteamericana y que, ante un malestar psíquico agudo, los psicofármacos son el primero de los recursos utilizados en el ámbito de las clínicas y hospitales, siendo la no adherencia señalada como muy grave.

No obstante, cabe mencionar ciertos matices que el propio Nikolas Rose realiza a la preeminencia de la corriente biopsiquiátrica. Aunque la mayoría de los psiquiatras consideren los psicofármacos como esenciales no suelen adoptar un enfoque solamente biológico; las guías de diagnóstico y tratamiento varían de un país a otro, cambian a lo largo del tiempo y no todas son implementadas en la misma medida; las personas con sufrimiento psíquico leve o moderado suelen recibir los cuidados de una red de familiares, amigos y personas no profesionales ajenas al sistema de salud mental; fuera del ámbito hospitalario y del control médico proliferan otras prácticas sanitarias con escaso enfoque biomédico. A ello hay que sumarle que la psiquiatría biomédica coexiste en la actualidad con diferentes corrientes que cuestionan su hegemonía, entre las que cabe resaltar la salud mental colectiva<sup>(3)</sup> y la pospsiquiatría<sup>(4,5)</sup>.

El contexto de surgimiento de esta corriente biomédica hegemónica es el de la disciplina psiquiátrica, esto es, el de la Ilustración europea del siglo XVIII atravesada por el proyecto modernizador preocupado por la razón y el orden social, la búsqueda de soluciones científico-tecnológicas a los problemas humanos mediante el método positivista –basado sobre la doble dualidad cuerpo/mente e individuo/sociedad– y la preponderancia otorgada a la subjetividad individual<sup>(4)</sup>. Teniendo estos antecedentes, la biopsiquiatría se erige como la

aplicación del modelo biomédico a los procesos mentales internos e individuales, íntimamente ligada al desarrollo psicofarmacológico y orientada a la búsqueda de explicaciones causales de origen biológico y carácter universal<sup>(6)</sup>. Su método es el de la investigación científica y el desarrollo tecnológico –principalmente en las áreas de la genética, la biología molecular y la neurociencia<sup>(5)</sup>– con el objetivo de construir clasificaciones para las enfermedades mentales entendidas como desequilibrios cerebrales, fenómenos naturales asociales y aculturales<sup>(7)</sup>.

Entre las principales tradiciones de pensamiento sociológico sobre la enfermedad mental, este artículo se sitúa en el construccionismo social<sup>(8)</sup> y, específicamente, en la línea posestructuralista que inició Michel Foucault sobre la locura, los psiquiátricos y el saber-poder centrada en el examen crítico de las prácticas discursivas, muy especialmente en las relaciones de estas con la subjetivación y los modos de gobernanza –con gran influencia en la psiquiatría crítica– que ha desarrollado posteriormente en profundidad Nikolas Rose<sup>(2,9,10,11,12,13,14)</sup>, y desde él, otros investigadores que aplican la crítica biopolítica al manejo contemporáneo del yo en el ámbito de la salud mental como Allan V. Horwitz<sup>(15)</sup>, Simone Fullagar<sup>(16,17,18,19)</sup>, Bianca Brijnath<sup>(20)</sup>, Victoria Pitts-Taylor<sup>(21)</sup> o Talia Rose Weiner<sup>(22)</sup>; así como desde las aportaciones de la antropología crítica.

Aun considerando los múltiples debates que atraviesan el ámbito de la salud mental contemporánea europea y latinoamericana, que tensionan la hegemonía de la biopsiquiatría, este modelo, en tanto constructo teórico y herramienta conceptual, opera de forma contrapuesta al enfoque Maastricht desarrollado por el psiquiatra social Marius Romme y la investigadora Sandra Escher<sup>(23,24,25,26)</sup>. Este enfoque, basado en el cuestionamiento del modelo biopsiquiátrico y la despatologización de la escucha de voces, fue desarrollado desde la década de 1980 en Maastricht, Países Bajos, y tiene origen en la colaboración de Marius Romme y Sandra Escher con la escuchadora de voces Patsy Hague. En el enfoque Maastricht, la escucha de voces es una experiencia humana en respuesta a vivencias traumáticas o extremadamente estresantes que puede dotarse de sentido en el contexto de vida de quiénes las escuchan, y para la que es posible aprender estrategias de manejo, siendo una de sus herramientas principales la *Maastricht Hearing Voices Interview*. Esta herramienta consiste en un guion para la realización de una entrevista y/o autoentrevista para mapear las voces y ponerlas en relación con los diversos contextos en los que se ha venido desarrollando la experiencia vital de la persona que escucha voces<sup>(27)</sup>. Desde una perspectiva gubernamental, considerar este guion de (auto)entrevista como una tecnología del yo<sup>(28)</sup>, en tanto práctica orientada hacia el autoconocimiento y la autotransformación, permite analizar cómo conforma la subjetividad del escuchador de voces, esto es, la manera en que piensa, entiende y actúa sobre sí mismo.

En cuanto al trabajo sobre el yo en el ámbito general de la salud de carácter biomédico, nos encontramos con prácticas de gestión de sí, reificantes e individualizantes, que se han generalizado de modo que los usuarios son instados a ser “pacientes expertos” en el autogobierno de su salud<sup>(29,30,31,32)</sup>. Sin embargo, en el ámbito de la salud mental, nos encontramos con que estas prácticas de gestión de sí tienen un carácter reciente y ambivalente. Por una parte, fue el movimiento de supervivientes, usuarios y consumidores psiquiátricos estadounidenses quien reclamó intervenciones orientadas a la autogestión en el sistema de salud mental. Introdujeron así modelos cognitivo-conductuales para la gestión de las enfermedades mentales en los sistemas de salud de EEUU y de Europa, lo que implicó un reconocimiento implícito de la ciudadanía para las personas diagnosticadas con enfermedades mentales<sup>(33)</sup>. Por otra parte, la gestión de sí biopsiquiátrica se caracteriza por premisas ambiguas, porque la noción de enfermedad mental reconoce y niega a un tiempo la racionalidad y capacidad de autogobierno del sujeto. De esta manera, va dando forma a la subjetividad de las personas diagnosticadas de enfermedades mentales como simultáneamente deficitarias –psicológica y/o neuroquímicamente<sup>(41,34)</sup>– y responsables de restaurar su autonomía mediante el autogobierno<sup>(15,21,35,36)</sup>. No obstante, los sujetos con diagnósticos psiquiátricos no encarnan inequívocamente este modelo hegemónico, sino que se dan negociaciones, problematizaciones y resistencias a su carácter altamente individualizante, su orientación cognitivo-conductual y la hipercentralidad de la medicación<sup>(16,17,22)</sup>. En consecuencia, junto a modos de gestión de sí biopsiquiátricos, encontramos otras formas disruptivas e innovadoras de trabajar sobre el yo, tanto en las prácticas de quienes tienen experiencias personales de sufrimiento psíquico como en los miembros de los movimientos liderados por usuarios, supervivientes y ex-pacientes psiquiátricos o en los Grupos de Apoyo Mutuo (GAM)<sup>(37,38)</sup>.

Así, el guion de (auto)entrevista *Maastricht Hearing Voices Interview* se sitúa en el ámbito de las prácticas no hegemónicas ni normativas de autogobierno de la salud mental. Su análisis como una tecnología del yo posibilita explorar qué tipo de trabajo sobre el yo promueve, qué relaciones construye entre el sujeto y sus voces, y las confluencias y divergencias respecto de la gestión de sí del modelo biopsiquiátrico hegemónico. Esta herramienta produce una relación significativamente novedosa entre el yo y sus voces, de modo que produce una subjetividad divergente al modelo biopsiquiátrico, en el que el mapeo de las conexiones entre las voces y los contextos de las experiencias de vida las sitúa en coordenadas personales, colectivas y estructurales –sociales y culturales– específicas, esto es, des-reifica esta experiencia, posibilitando la producción de sentido. Este nuevo modo de subjetivación tiene como eje principal un yo relacional que visibiliza las relaciones de abuso, las experiencias de vida traumáticas y los determinantes

socioculturales en los que las voces se manifiestan. Esto nos llevará, finalmente, a la consideración del guion de (auto)entrevista del enfoque Maastricht como una práctica insertada en la lógica del cuidado<sup>(39)</sup> que promueve el cuidado de sí<sup>(40)</sup>.

### ***La gestión de sí en el modelo biopsiquiátrico: el enfermo mental que ha de negar la existencia de las voces***

Este artículo se centra en la respuesta de la psiquiatría biomédica a la experiencia de la escucha de voces por su carácter predominante tanto en el ámbito académico, en el de las instituciones sanitarias, como en el de las políticas públicas de salud, que si bien es cuestionado con diferente intensidad en Europa y Latinoamérica, produce formas de gobierno del yo, esto es, maneras en las que nos pensamos a nosotros mismos, nuestras emociones y relaciones que buscan, además, ser verdades universales independientemente de los contextos socioeconómicos y culturales. El proceso de psicologización de lo social, señalado por Nikolas Rose<sup>(10,11)</sup> desde una perspectiva gubernamental, implica que las tecnologías del yo, el conjunto de prácticas que permiten a los individuos transformarse desde el conocimiento de uno mismo<sup>(28,40)</sup>, se vengán declinando contemporáneamente como prácticas de gestión de sí. Por lo tanto, el sujeto es responsable de constituirse y reconstituirse como un individuo autónomo mediante el autogobierno. Siguiendo la línea de investigación de este autor, la enfermedad mental es la expresión cognitivo-conductual de una falta psicológica y/o neuroquímica<sup>(13,14,34)</sup> en el proceso de subjetivación del individuo autónomo. Si bien la divergencia entre el “yo cognitivo-conductual” y el “yo neuroquímico” propio de la biopsiquiatría radica en la etiología de la enfermedad mental y ello tiene importantes consecuencias, ambas conceptualizaciones promueven un proceso de subjetivación que tiene como ejes al individuo autónomo, la separación radical entre individuo y enfermedad, y la responsabilidad última del individuo por disciplinarse, recuperar su autonomía y regresar a una vida productiva mediante la gestión de sí<sup>(49)</sup>. Así, con independencia de dónde se localiza la etiología de la enfermedad mental, la gestión de sí olvida y/o niega las dimensiones socioculturales productoras de enfermedad<sup>(6,7)</sup> y moviliza tecnologías del yo cognitivo-conductuales orientadas al manejo psicológico, al de la medicación o al de ambos.

Con el objetivo de tomar el control de la enfermedad mental para su eliminación y posterior restauración del enfermo como individuo autónomo, la gestión de sí puede abarcar tanto el registro de los pensamientos como el de los estados de ánimo o de las dosis de psicofármacos bajo la lógica subyacente de que la enfermedad se puede conocer, distinguir del yo y ser anticipada, esto es, instaurando una radical separación entre la enfermedad mental y el sujeto que la experimenta<sup>(22,41)</sup>.

Para conocer la enfermedad, hacerla distinguible del yo y anticiparla, el sujeto diagnosticado con una enfermedad mental ha de cultivar una vigilancia de sí hiper-racional que aúne un ejercicio constante de reflexividad y de sospecha sobre esa misma racionalidad<sup>(22)</sup>. La amenaza continuada de un futuro yo depresivo, maniaco o psicótico permite y niega a un mismo tiempo la posesión de un yo racional y auténtico<sup>(42)</sup>. Esta paradoja estructural que presenta la gestión de sí hace que el sujeto diagnosticado con una enfermedad mental no pueda posicionarse como completamente coherente, inteligible y disponible para trabajar sobre sí mismo<sup>(43)</sup>. Instaure así un cuestionamiento interno permanente, una lucha de poder, batalla y/o guerra interna<sup>(18,44)</sup>. Por lo tanto, con independencia de dónde se sitúa la etiología de la enfermedad mental, las tecnologías del yo forman parte de una gestión de sí cognitivo-conductual que se ejerce desde un yo deficitario e individualizado respecto de una enfermedad descontextualizada y dentro de la asimétrica relación experto-paciente.

Con relación a la gestión de sí, tanto el complejo psi- como el ámbito de la psiquiatría biomédica están atravesados por múltiples tensiones sobre cómo conceptualizar la salud mental, así como por las prácticas y percepciones subjetivas de las personas diagnosticadas. Esto es, el modo en que los sujetos encarnan estas prácticas del yo dibuja un arco muy amplio de posiciones que pueden reinscribir, problematizar, negociar, resistir y/o subvertir este modo de subjetivación individualizante y reificante. En palabras de Emily Martin, esto produce diferentes “proyectos de creación del yo”<sup>(45)</sup> en los que los sujetos conjugan de forma variable los mandatos hacia la gestión de sí en su vida cotidiana y la identificación con la etiología cognitivo-conductual o neuroquímica de la enfermedad mental<sup>(46)</sup>. Entre las diversas posiciones, podemos destacar cuatro de ellas. En primer lugar, la de quienes consideran el trabajo sobre el yo conductual como la “auténtica” gestión de sí frente a la “fácil” gestión de la medicación<sup>(20)</sup>; en segundo lugar, la de los sujetos que interiorizan el diagnóstico psiquiátrico y su causa como desequilibrio neuroquímico y rechazan la falta psicológica<sup>(46)</sup>; en tercer lugar, la de quienes se identifican en la doble falta neuroquímica y psicológica y, por tanto, manejan simultáneamente medicación y terapeutas<sup>(49)</sup>; y, en cuarto lugar, la de los sujetos que realizan un cuestionamiento total de la medicación y la causa neuroquímica<sup>(47)</sup>.

En cuanto a la experiencia de escuchar voces, se replica la lógica de la gestión de sí esbozada hasta ahora: simultáneamente se niega y se exige el autogobierno con el objetivo último de reducir y/o eliminar las voces. Como se ha dicho, las voces categorizadas como alucinación auditiva, han sido generalmente asociadas al diagnóstico de esquizofrenia; caracterizado, a su vez, por la falta de introspección e imposibilidad de autogobierno, lo que limitaría las posibilidades de la gestión de sí. Sin embargo, las disciplinas psi- y el modelo biopsiquiátrico ofrecen de facto un marco para su gestión que

ha analizado Lisa Blackman y que implica trabajar “en contra de las voces”<sup>(37,47)</sup>, practicando la distracción, la negación de su existencia, la anulación de su significado subjetivo y el rechazo a cualquier potencial efecto positivo causado por las voces. Estas estrategias instauran y afianzan una separación total entre las voces y quienes las escuchan, sus experiencias vitales y el contexto sociohistórico en el que surgen. Con el objetivo de tomar el control sobre ellas y erradicarlas, instauran la dinámica interna anteriormente señalada de lucha y/o guerra del yo sobre sí mismo. Al igual que la gestión del sufrimiento psíquico desde la gestión de sí hegemónica es encarnada desde un amplio arco de posiciones, con relación a la escucha de voces podemos encontrar también formas divergentes de transformar el yo que escapan de este modo de subjetivación, y destacaremos a continuación la promovida desde el enfoque Maastricht.

### ***El manejo de sí en el enfoque Maastricht: el escuchador de voces como superviviente en una relación de poder con sus voces***

Paralelamente al desarrollo de su programa de investigación sobre la escucha de voces y la constitución de su enfoque Maastricht, Romme y Escher fundaron *Intervoice Internacional Hearing Voices Network*, una red internacional sobre la escucha de voces que aúna a expertos y escuchadores, y que ha generado múltiples redes nacionales, siendo una de las más relevantes la inglesa *National Hearing Voices Network*, llegando a día de hoy a tener presencia en más de 26 países. Su perspectiva confluye con los nuevos movimientos sociales en salud mental surgidos a partir de 1980, específicamente el de usuarios, supervivientes y ex-pacientes psiquiátricos de Holanda y EEUU que defienden los derechos humanos, la justicia social y la ciudadanía de las personas con diagnósticos psiquiátricos<sup>(48,49)</sup>. Esta red es nodo central del *Hearing Voices Movement*, denominado en el mundo hispanohablante como *Movimiento de Escuchadores de Voces (MEV)*. Este movimiento está liderado por usuarios junto con aliados expertos y actualmente conforma una agenda internacional de investigación y activismo con respecto a la escucha de voces. El *Hearing Voices Movement* cuestiona la relación psiquiátrica y sus modelos diagnósticos<sup>(50,51)</sup> y está constituido por múltiples redes locales que aúnan tanto la experticia profesional como la experiencial<sup>(52,53,54)</sup>, siendo los grupos de apoyo mutuo (GAM) y el guion de (auto)entrevista *Maastricht Hearing Voices Interview* unas de sus herramientas principales<sup>(27,55,56,57)</sup>.

En el Estado español, tras la celebración en Madrid en 2015 del 7º Congreso Mundial de *Intervoice: The International Hearing Voices Network* organizado por *Entrevoces* –la red española de escucha de voces– surgieron diversos GAM relacionados con experiencias de malestar psíquico, al margen del modelo biopsiquiátrico, como *Flipas GAM* y *Fliparte GAM* en la comunidad

de Madrid, Xixón voces en Gijón o Escuchadores de voces de Granada; y se visibilizaron los ya existentes en aquel periodo como la Xarxa GAM en Cataluña, así como los proyectos desde pares, organizados desde y para personas con diversos diagnósticos psiquiátricos.

De forma que el guion de (auto)entrevista de la *Maastricht Hearing Voices Interview* es crucial en el enfoque Maastricht, pero también en la red Intervoice y en el más amplio Hearing Voices Movement. En cuanto al enfoque Maastricht, el guion ha sido utilizado como herramienta metodológica en los sucesivos proyectos de investigación de Romme y Escher, y referenciado de forma constante en sus publicaciones. Previamente a la creación de esta herramienta, Romme y Escher habían llevado a cabo un estudio piloto abordando la relación entre los escuchadores de voces y sus voces, sus marcos de referencia y el efecto de compartir las experiencias con otros escuchadores de voces<sup>(58,59,60)</sup>. También habían explorado las historias personales de escuchadores de voces y construido un marco no-patológico de análisis desde el cual manejar estas experiencias inusuales<sup>(23)</sup>. Fue en este momento cuando crearon el guion de entrevista como una herramienta metodológica de investigación para la exploración de la relación entre las voces y la trayectoria vital de quienes las escuchan, aplicándola al análisis de la relación de la escucha de voces con diferentes diagnósticos psiquiátricos<sup>(61,62)</sup>, así como a las diferencias y similitudes en el manejo de las voces de escuchadores de voces con y sin diagnósticos psiquiátricos<sup>(63)</sup>, y a la creación de un enfoque terapéutico para profesionales de la salud mental<sup>(24)</sup>.

A ello han de sumarse el seguimiento de tres años con jóvenes y niños que escuchaban voces utilizando la *Maastricht Interview for Children*<sup>(64,65,66,67,68)</sup>, la exploración específica del vínculo entre la escucha de voces y las experiencias traumáticas<sup>(69)</sup> y el análisis de 50 trayectorias de recuperación contadas en primera persona por escuchadores de voces<sup>(26)</sup>. Este enfoque Maastricht creado por Romme y Escher ha sido aplicado y desarrollado en otras múltiples publicaciones<sup>(70,71,72)</sup>, y junto a varios colaboradores<sup>(25,50,73,74)</sup>.

Por último, si bien el guion está diseñado para ser realizado como (auto)entrevista a una única persona, la escucha de voces aparece caracterizada en esta trayectoria investigadora no como experiencia extremadamente individual e incommunicable, sino, al contrario, como experiencia común humana con elementos compartidos. Así se hace alusión a la necesidad de que esta entrevista no solo sea beneficiosa para el entrevistado, sino también sea potencialmente útil para otras personas que estén viviendo la misma experiencia, esto es, a la posibilidad de que el conocimiento experiencial sea transferido y sea compartido<sup>(27)</sup>. Se vislumbra así la dimensión colectiva de la escucha de voces, los escuchadores de voces como un colectivo y la posibilidad de una construcción colectiva del conocimiento en salud mental<sup>(75)</sup>.

El análisis específico del guión de entrevista como tecnología del yo, encuentra sus antecedentes en la

investigación pionera realizada por Lisa Blackman<sup>(37,47)</sup> sobre las prácticas utilizadas por personas que escuchaban voces en su vida cotidiana y participaban en grupos de apoyo mutuo de *Hearing the Voice*. La noción acuñada por esta autora para expresar la singularidad del manejo de sí llevado a cabo por los entrevistados es “tecnologías del yo alucinatorio”. Estas prácticas de autogobierno dibujan un camino no biopsiquiátrico del manejo de las voces articulado sobre dos principios: el de la expansión y el de la integración. La lógica de la expansión alude a la experiencia de escuchar voces como crucial para la expansión del yo, su desarrollo e incluso su transformación espiritual<sup>(47)</sup>. La de la integración señala que el objetivo del manejo de sí no es eliminarlas, sino incorporarlas, esto es, buscar su colaboración para trabajar sobre el yo junto a ellas<sup>(47)</sup>. En este caso, las múltiples técnicas utilizadas incluirían prácticas de escucha selectiva, de atención dirigida, de meditación y visualización, de aislamiento psíquico, simbólicas, regímenes de soledad secular y de economía física y mental.

Siguiendo esta línea de investigación sobre las tecnologías del yo utilizadas con relación a la escucha de voces, nos ocupamos aquí específicamente de la *Maastricht Hearing Voices Interview* como una de las herramientas de trabajo sobre el yo que conforma un modo de subjetivación divergente a la gestión de sí biopsiquiátrica desde la práctica del cuidado de sí<sup>(40,76)</sup> y la lógica del cuidado<sup>(39,77,78)</sup>. Esta práctica promueve el autococonocimiento mediante el cual uno intenta elaborarse, transformarse y alcanzar la autotransformación, pero a diferencia de la gestión de sí, se preocupa por el lugar que uno ocupa en relación con los otros. De este modo, el problema de la relación con los demás está presente a lo largo de la práctica del cuidado de sí, pues se consideran cruciales las complejas relaciones de poder con los demás. El cuidado de sí mismo, centrado en la práctica cotidiana de vivir, es un trabajo sobre el yo que capacita a la persona para el lugar que ocupa en su familia, en sus redes de amistad, en su comunidad, en su colectivo y/o sociedad<sup>(40,76)</sup>. En esta misma línea, el cuidado como lógica y modo de hacer privilegia el aspecto práctico en un continuo (re)ajustarse al contexto y prevalecer en el intento de hacer las vidas más habitables<sup>(39,77,78)</sup>. Esta lógica, se contrapone a la de la elección del consumidor, el ciudadano o el paciente activo imperante en la perspectiva biopsiquiátrica, revelando la imposibilidad de ejercer un control total sobre la vulnerabilidad y la enfermedad, así como las múltiples formas en las que la agencia es posible desde esas posiciones. De modo que el énfasis principal de la lógica del cuidado no está en la autonomía y el derecho a decidir por uno mismo, sino en la acción de vivir y en el conjunto de prácticas que sostienen la vida cotidiana, siendo fluidos los roles de cuidador/cuidado. Así, las prácticas de cuidado nos llevan consecuentemente a entender a los sujetos de forma divergente, más allá de las versiones cognitivo-conductuales y racionalistas del ser humano sobre las que se basa la gestión de sí.

## Apuntes metodológicos

Mediante un diseño cualitativo, el centro del análisis empírico interpretativo lo ha constituido la versión en castellano del guion de entrevista de la *Maastricht Hearing Voices Interview* traducido como “Entrevista con una persona que escucha voces” incluido en el apéndice del libro de Romme y Escher titulado *Dando sentido a las voces*<sup>(42)</sup>.

En lo que al objeto del análisis se refiere, cabe aclarar que si bien en el señalado apéndice del libro *Dando sentido a las voces*<sup>(42)</sup>, además del guión de entrevista, figura un apartado de instrucciones para su realización, así como las indicaciones para elaborar posteriormente un informe y un constructo, solo ha formado parte del análisis el guión de entrevista. En cuanto a la estructura del guion, consta de trece secciones en las que se recogen aspectos generales de la experiencia de la escucha de voces: las características de las voces; la historia personal de escucha de voces; las situaciones, lugares y emociones que desencadenan las voces; el contenido de lo que las voces dicen –literal y/o metafórico–, la interpretación personal que el escuchador de voces tiene sobre su origen, el impacto de las voces sobre la vida cotidiana de quien las escucha, el (des)equilibrio en la relación con las voces; las estrategias para sobrellevar las voces que utiliza cada persona entrevistada; las experiencias adversas que han podido vivirse durante la infancia; la historia médica personal; y, por último, el entorno social con el que cuenta el escuchador de voces.

Existe una versión anterior en inglés que presenta unas variaciones mínimas, además de dos adaptaciones de esta herramienta<sup>(79)</sup>. La primera de las adaptaciones realizada por Escher y Romme para niños y adolescentes<sup>(64)</sup> y, la segunda, desarrollada por Escher, Bullimore y Romme<sup>(80)</sup> para explorar los pensamientos inusuales que suelen denominarse paranoia.

Con el objetivo de explorar el rol del guion de entrevista desde una perspectiva analítica gubernamental en tanto que tecnología del yo e indagar en la producción de la subjetividad de los escuchadores de voces, este análisis toma como objeto de estudio este guión de entrevista por un motivo doble. En primer lugar, porque es la estructura básica desde la que pueden derivarse otras intervenciones y, en segundo lugar, con mayor significación, porque se publicó como un cuestionario accesible al público de forma individual y se ha difundido desde organizaciones, redes y grupos de pares como recurso para facilitar una mayor autocomprensión de la experiencia de la escucha de voces, ya sea como entrevista o como autoentrevista.

En cuanto al periodo de análisis, este trabajo de investigación se deriva del proyecto posdoctoral titulado “Conocimiento experiencial y gestión de sí en los márgenes del modelo biomédico: la emergencia de los grupos de apoyo mutuo (GAM) en el estado español” (2019–2022). La estrategia metodológica desplegada ha sido el análisis del discurso<sup>(81)</sup> con tres niveles

de análisis<sup>(82)</sup>. En primer lugar, el análisis del contenido consistió en la fragmentación de los textos en unidades de información pertinentes con relación a las categorías de análisis. En el segundo nivel, se indagó en estas categorías con relación a los dos conceptos fundamentales que movilizan las tecnologías del yo: el autoconocimiento y la autotransformación<sup>(28)</sup>, junto a un tercer concepto, el de cuidado de sí que alude a la preocupación por el lugar que uno ocupa en relación a los otros<sup>(40,76)</sup> y que se inserta en la lógica del cuidado, modo de hacer que privilegia lo pragmático, el continuo readaptarse a los contextos y trabaja para el sostenimiento de la vida<sup>(39)</sup>. Por último, el nivel interpretativo se basó en la reescritura sociológica, considerando las continuidades y interrupciones que presenta esta herramienta respecto de la gestión de sí hegemónica del modelo biopsiquiátrico, posibilitando el cuestionamiento de cómo la subjetividad de los escuchadores de voces se produce en el proceso de ejecución de este guión de (auto)entrevista. Las categorías de análisis utilizadas han sido las siguientes: a) objetivo del guion y prácticas que moviliza (subcategorías: autoconocimiento, autotransformación, mediación); b) conceptualización de las voces y su rol (subcategorías: dinamismo, contextualización, agencia, intencionalidad); c) conceptualización del sujeto que escucha voces (subcategorías: conocimiento experiencial, agencia, relacionalidad); y d) conceptualización de la relación entre las voces y quien las escucha.

## Resultados

### *El objetivo del guión y las acciones que moviliza: mediación desde el mapeo*

En lo que se refiere al objetivo del guion “Entrevista con una persona que escucha voces”<sup>(27)</sup> se declara explícitamente en su primer apartado:

“1. LA NATURALEZA DE LA EXPERIENCIA. Este cuestionario ha sido diseñado especialmente para personas que escuchan voces. Tiene como objetivo ayudarle a lograr una mayor comprensión de su experiencia de la escucha de voces. También está diseñado para promover un diálogo entre nosotros acerca de su experiencia y de la forma en la que afronta las voces. Esto nos permitirá trabajar en conjunto y definir la mejor manera de relacionarse con ellas”<sup>(27)</sup>

Esta herramienta busca que los escuchadores de voces produzcan autoconocimiento, y si bien este propósito guía de inicio a fin toda la entrevista, está íntimamente ligado al segundo gran objetivo: el de posibilitar la autotransformación para que el entrevistado encuentre la mejor manera de relacionarse con las voces, pues una relación desequilibrada o abusiva lleva al sufrimiento psíquico.

Ese autoconocimiento que posibilitará la auto-transformación se asienta sobre el mapeo del entramado relacional del entrevistado de forma transversal a lo largo de todo el cuestionario. La atención a lo relacional busca aterrizar mediante el mapeo en contextos específicos, de manera que posibilite el “dar sentido a las voces”, esto es, situarlas con relación a hechos o relaciones concretas con personas. La preocupación por lo relacional y el lugar que el escuchador y las voces ocupan respecto de otras personas y situaciones nos hace transitar de su consideración como tecnología del yo, basada en el autoconocimiento y la autotransformación, hacia una práctica de cuidado de sí, donde lo relacional es central. Ha esto se le añade que esta herramienta media entre la persona y sus voces, así como entre el autoconocimiento del escuchador de voces y los profesionales, familiares y/o amigos.

### ***La conceptualización de las voces: situadas, significativas y con agencia***

Frente al peligro que supone hablar con las voces o sobre ellas en el modelo biopsiquiátrico, este guión se centra precisamente en generar un diálogo con ellas para conocerlas en profundidad y ampliar el autoconocimiento del escuchador de voces.

Así, desde la primera subpregunta dentro del primer apartado, “1.1. Me gustaría que me contara acerca de su experiencia de escuchar voces. ¿Cuántas voces escucha? ¿Escucha sonidos también? ¿Ve visiones?”<sup>(27)</sup>, las cuestiones están planteadas para conocer cómo es la experiencia subjetiva de escuchar voces: incidiendo en si las voces y sonidos pueden ser escuchados también por otros (pregunta 1.2); desde dónde provienen o dónde se sitúan según el escuchador estas voces y/o sonidos (pregunta 1.3); si según el escuchador las voces provienen de su propia persona o de otra persona (pregunta 1.4); y se inquiriere sobre si puede establecer un diálogo con las voces o comunicarse con ellas de alguna forma (pregunta 1.5).

Se recoge también la descripción de su trayectoria recogiendo los cambios entre cómo son ahora y cómo fueron en el pasado (pregunta 2.1), y sus nombres, contenido, tono y frecuencia de lo que dicen (preguntas 2.2, 5.1 y 5.2). A ello se le suma un mapeo metódico de los contextos en los que han surgido o surgen las voces, esto es, el análisis detallado de la época en que se comenzó a escuchar voces por primera vez y de los subsiguientes periodos en los que se han escuchado (preguntas 2.1, 3.1 y 3.2).

La entrevista parte de que las voces surgen en contextos con características específicas y que ellas también tienen sus rasgos distintivos asimilables a las de una persona, esto lo encontramos en la segunda subpregunta del segundo apartado: “2.2 ¿Puede indicar a quién pertenecen las voces y/o los nombres con los que usted las identifica? ¿Qué le dicen, en qué tono y con qué

frecuencia las escucha?”<sup>(27)</sup>. Así como desde la siguiente pregunta, “2.3. ¿La actitud o el tono de las voces o de una de las voces le recuerda a alguien que conoce o ha conocido? Si es así ¿a quién?”<sup>(27)</sup>. Por lo tanto, explora la posibilidad de una conexión directa y que estén ligadas a experiencias o situaciones vitales concretas del escuchador de voces.

Pero no solo se le pide al escuchador de voces que describa esos contextos en los que surgen las voces (preguntas 2.1, 3.1 y 3.2), sino también que se cuestiona si tienen relación con un listado de circunstancias como cambios estresantes, situaciones de enfermedad, muerte, amor, sexualidad, religión o espiritualidad: “3.3 Hemos elaborado una lista del tipo de circunstancias y situaciones que las personas pueden experimentar en sus vidas. ¿Cuáles de estas situaciones le han ocurrido a usted? ¿A qué edad le ocurrieron?”<sup>(27)</sup>. Por último, se toma la infancia como periodo vital significativo, pues primero se aborda la descripción de esta etapa por parte del escuchador de voces desde la siguiente pregunta abierta:

“10. EXPERIENCIAS DE LA INFANCIA. La infancia puede ser una experiencia muy diferente para cada uno de nosotros, a algunas personas les gusta recordar su infancia mientras que otras prefieren dejarla atrás lo más pronto posible. ¿Cuál es su percepción acerca de su infancia?”<sup>(27)</sup>

Posteriormente, el guion continúa incidiendo con preguntas un poco más específicas desde el mapeo de posibles abusos vividos tanto emocionales, físicos como sexuales (preguntas 10.1 al 10.8). Así, la primera subpregunta busca más detalles mientras mantiene la posibilidad de una respuesta abierta y amplia “10.1 ¿Su infancia fue alegre o difícil? ¿Podría describir cómo fue su infancia?”<sup>(27)</sup>; la segunda alude a la percepción subjetiva de seguridad tanto en el espacio público como en el íntimo o privado “10.2. ¿Se sentía seguro en la escuela, en la calle y/o en el hogar? Si no fue así, por favor explique por qué”<sup>(27)</sup>; la tercera alude directamente a situaciones reconocidas por el escuchador de voces como maltrato “10.3. ¿Alguna vez fue maltratado cuando era niño? ¿De qué forma?”<sup>(27)</sup>; la cuarta, quinta y sexta interpelan de forma concreta sobre posibles formas de maltrato interpelando al escuchador de voces de la siguiente forma:

“10.4 ¿Recibió castigos extraños cuando era niño? Por ejemplo ¿lo encerraron en un cuarto de baño o lo amarraron alguna vez?

10.5 ¿Le gritaron o despreciaron alguna vez cuando era niño o adolescente?, ¿alguna vez tuvo la sensación de no haber sido un niño deseado o de que nunca sería capaz de hacer algo bien?

10.6 ¿Ha presenciado alguna vez el maltrato de otro miembro de la familia? ¿De quién?”.<sup>(27)</sup>

Finalmente, las dos últimas se centran en mapear experiencias relacionadas con abusos sexuales:

“10.7 ¿Ha presenciado alguna vez una situación de abuso sexual en la familia o en algún otro lugar? ¿De quién?

10.8 ¿Ha tenido alguna vez contacto sexual contra su voluntad, es decir, por la fuerza y en una situación de la que no podía escapar? Por favor, describa la situación”.<sup>(27)</sup>

Por todo ello, podemos identificar que la estrategia fundamental desplegada es un mapeo de experiencias difíciles y potencialmente traumatizantes para, posteriormente, buscar conexiones entre los rasgos específicos de las voces, los contextos en los que las voces se expresan y las vivencias y relaciones en las que ha estado implicado el escuchador de voces.

En el modelo biopsiquiátrico, las voces, en tanto que alucinaciones reificadas, tienen una naturaleza negativa y estilo comunicativo abusivo. En contraposición, en este guión de entrevista se considera que, influyendo en distintos grados sobre el sujeto que las escucha y dando opción a que respondan de múltiples formas, algunas de carácter nocivo y otras de forma más provechosa para el escuchador de voces:

“7.1 ¿De qué forma tratan de influir sobre usted? Por favor, deme un ejemplo. 1. Le ofrecen la solución a un problema; 2. Le dan consejo y ayuda; 3. Describen lo que usted hace o lo que piensa; 4. Hacen comentarios sobre lo que usted hace/piensa o sobre las personas con las que se relaciona; 5. Controlan su pensamiento, por lo que no puede distinguirlo de las voces; 6. Lo insultan o critican duramente lo que está haciendo; 7. Le prohíben que haga las cosas que le gusta hacer; 8. Refuerzan sus sentimientos; 9. Refuerzan lo que piensa; 10. Lo interrumpen cuando está haciendo las cosas que disfruta; 11. Interfieren en sus conversaciones con otra persona; 12. Le ordenan hacer cosas.

¿Cómo le afectan a usted y/o a otros la influencia de las voces? ¿Cómo consiguen causar este efecto, a través de su presencia o por la forma en que dicen las cosas?”.<sup>(27)</sup>

Luego, se continúa profundizando sobre si el contenido y estilo comunicativo es positivo, neutral o negativo (preguntas 7.2 al 7.5). Aquí cabe resaltar como lo más significativo que se indague sobre la posibilidad de voces percibidas tanto con influencia beneficiosa por

quien las escucha como positivas en su forma de comunicarse con el escuchador de voces: “7.2 ¿Se siente feliz con algunas de las voces? ¿Por qué? ¿Ha sido siempre así?”<sup>(27)</sup>, por ser una posibilidad que no se baraja en las aproximaciones biopsiquiátricas. Además, las voces son consideradas en esta entrevista como dinámicas, ya que se considera que pueden transformarse a lo largo de la trayectoria vital de la persona entrevistada.

De modo que, siendo este guion una herramienta que media en el mapeo entre las características de las voces, los contextos en los que surgieron originalmente y en los que se manifiestan actualmente y las personas implicadas, podemos afirmar que la entrevista concede agencia y protagonismo a las voces que dejan de ser entes abstractos, sin sentido, ininteligibles e inenarrables. Aborda de una manera compleja y amplia el carácter de las voces sin negar las posibles situaciones de dificultad ocasionadas por voces negativas y abusivas, pero sin limitar su naturaleza a este único aspecto. Por lo tanto, la entrevista rompe con la asunción de unas voces reificadas, separadas y sin relación con el yo y apuesta por unas voces con agencia, que son significativas y que están fuertemente enraizadas a contextos personales, sociales o colectivos que ha vivido el escuchador de voces.

### ***La conceptualización del escuchador de voces: experto vivencial con agencia***

En el enfoque Maastricht, la persona que escucha voces no se denomina paciente o enfermo mental, sino que se describe por la experiencia misma como escuchador de voces. Este guión de entrevista parte de la premisa de que el escuchador de voces tiene agencia y que la ejerce de diversas maneras o grados al afirmar lo siguiente:

“9. ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO. Hemos hablado sobre su relación con las voces. Me gustaría saber qué hace exactamente cuando escucha las voces. Si la respuesta a cualquiera de las preguntas siguientes es sí, por favor dígame cuántas veces la ha utilizado y cuál ha sido su efecto”.<sup>(27)</sup>

Así, se busca mapear las estrategias cotidianas ya presentes en la vida de los escuchadores de voces para su manejo, prácticas definidas como de “afrontamiento cognitivo, conductual y/o físico” (preguntas 9 al 9.17) y que pueden abarcar desde ignorarlas (pregunta 9.2) a escribir lo que dicen (pregunta 9.12) o realizar acciones para distraerse de las voces como, por ejemplo, comer (pregunta 9.17). Estos ejercicios de manejo de sí pueden utilizarse con mayor o menor frecuencia (pregunta 9.18), tener más o menos impacto sobre las voces (pregunta 9.20), y, a su vez, más o menos capacidad de regular la influencia de las voces sobre uno mismo. Por último, las explicaciones de las personas entrevistadas

sobre el motivo de que existan sus voces reciben atención y consideración por parte del guion de entrevista en el siguiente apartado:

“6. ¿CÓMO SE EXPLICA UD. EL ORIGEN DE LAS VOCES? 6.1 Como persona que escucha voces probablemente Ud. ha deseado encontrar una explicación al hecho de escuchar voces. Probablemente ya haya desarrollado su propia interpretación acerca del significado de las voces al igual que los profesionales y como todos solemos hacer. Sin embargo, podemos no tener las mismas ideas ya que estamos formados para considerar el significado de las voces desde un marco de referencia diferente, por lo general, desde una perspectiva médica o biológica. Aquí lo que nos interesa es conocer lo que usted piensa que causa las voces y cómo las identifica”<sup>(27)</sup>

Que los escuchadores de voces busquen y generen explicaciones que difieren de las explicaciones biopsiquiátricas no los invalida, por el contrario, estas interpretaciones personales de los escuchadores de voces son consideradas con igual relevancia que las de los profesionales (preguntas 6.1 y 6.2). De modo que la conceptualización del escuchador de voces se apuntala sobre dos ejes principales; por un lado, el conocimiento que tiene de su vivencia o puede adquirir sobre ella en tanto que experto vivencial; por el otro, el de la posibilidad de autotransformación asentada sobre su capacidad de agencia. Por lo tanto, el mapeo se basa sobre los escuchadores de voces como expertos sobre sus voces, así como partícipes de pleno derecho en el proceso de encontrar estrategias para llegar a un entendimiento con las voces. Esto se expresa de forma continua en la entrevista que está completamente articulada sobre el conocimiento que de sus voces tiene el entrevistado, y más explícitamente aún en las preguntas directas al escuchador de voces sobre la existencia de conexiones –pues solo las que él reconoce son consideradas válidas y significativas– y de las explicaciones subjetivas a la existencia de las voces.

### ***La conceptualización de la relación entre el escuchador y las voces: un ecosistema de contextos, personas y voces atravesados por el poder***

El mapeo de lo relacional es central en este guion, señalándonos que la autotransformación del yo se piensa desde la posición que ocupamos respecto de otros, esto es, desde el cuidado de sí<sup>(76)</sup>. Esta cartografía de lo relacional se da de dos formas principales: explorando las relaciones entre las voces y los contextos personales del entrevistado, incluyendo a las personas que estaban en

esos contextos; y explorando la relación entre las voces y el entrevistado.

En primer lugar, en cuanto a las relaciones entre las voces y las situaciones personales, como se ha señalado con anterioridad, explora la posibilidad de que haya una relación entre la actitud o el tono de las voces y alguien conocido por la persona entrevistada (pregunta 2.3); también una relación entre los cambios en las características de las voces y los cambios en el contexto (pregunta 3.4), así como una relación entre los temas y las personas mencionadas por las voces y el interés de la persona que escucha voces por esos temas o personas (pregunta 5.3).

En segundo lugar, la entrevista parte del hecho de que el escuchador de voces y sus voces se influyen mutuamente, esto es, las voces pueden ejercer influencia sobre el escuchador, pero también el escuchador sobre ellas. Esta premisa rompe con la asunción biopsiquiátrica de que las voces no tienen relación o significado para la persona que las escucha y tan solo se da una influencia unilateral y negativa desde las voces hacia la persona. La relación entre las voces y el entrevistado se aborda de forma transversal, preguntando si la persona establece un diálogo con las voces (pregunta 1.5); y de forma más específica, sistemática y detallada mediante, en primer lugar, el mapeo de la relación entre los contextos, actividades, emociones cotidianas y las voces (preguntas 4.1 a 4.5), de la que la siguiente pregunta es un claro ejemplo:

“4.1 ¿Ha notado si las voces tienden a estar presentes cuando usted participa en ciertas actividades o que aparecen en cierto tipo de circunstancias? ¿Puede describirlas? (Por ejemplo, ir de compras, ver televisión, cocinar, estar solo/a en su habitación)”<sup>(27)</sup>

Y, en segundo lugar, mediante el cuestionamiento de la influencia que las voces tienen sobre el escuchador de voces incluyendo la exploración de las emociones que las voces suscitan en la persona que las oye (preguntas 7.1 a 7.5).

Queda de manifiesto que esta relación entre voces y persona entrevistada es pensada como una relación de poder que puede ser o no ser abusiva, haciendo hincapié en que el escuchador de voces reflexione sobre el carácter positivo o negativo de las voces (preguntas 5.1 a 5.3 y 7.1 a 7.5). Por ejemplo, entre ellas, la siguiente pregunta es clave para una posible autotransformación:

“7.4 ¿Las voces alteran sus actividades cotidianas? ¿En qué forma? ¿Qué consecuencias tiene esto? ¿Qué tan impotente le hacen sentir las voces? Por favor, deme un ejemplo”<sup>(27)</sup>

Esto se expresa todavía con mayor contundencia en el octavo apartado: “8. EL EQUILIBRIO EN LA RELACIÓN.

Me gustaría preguntarle qué tipo de relación tiene con las voces” (preguntas 8.1 a 8.8). En este apartado hay un conjunto de ocho preguntas que son claves porque evidencian que el escuchador de voces puede estar ejerciendo un rol activo y tener capacidad de persuasión, control e influencia sobre sus voces, esto es, un sujeto con agencia que conforma un ecosistema de mutua influencia con sus voces.

Así, la primera de ellas busca una respuesta abierta “8.1 ¿Es capaz de ejercer algún tipo influencia sobre las voces? ¿Lo hace? Por favor, deme un ejemplo”<sup>(27)</sup>; mientras la segunda inquiriere por la posibilidad de ejercer control sobre ellas y de que se hayan dado cambios a lo largo de la trayectoria personal, esto es, de su carácter dinámico: “8.2 ¿Puede controlar las voces? ¿Siempre ha sido así? Por favor, deme un ejemplo. Describa de qué modo las controla”<sup>(27)</sup>. La tercera señala la posibilidad de mantener una conversación con ellas:

“8.3 ¿Puede mantener una conversación con las voces? ¿Lo hace? Cuando conversa con ellas, ¿habla en voz alta, mentalmente o de ambas formas? ¿Cómo reaccionan las voces? ¿Han actuado siempre de este modo? En caso negativo, ¿por qué? Por favor, deme un ejemplo”<sup>(27)</sup>

Y que pueda ser el escuchador de voces quien inicia la conversación “8.4 ¿Alguna vez llama a las voces? En caso afirmativo, ¿lo hace mentalmente o en voz alta?”<sup>(27)</sup>. La quinta y la sexta preguntas buscan indagar en la posibilidad de ejercer poder personal ante las voces:

“8.5 ¿Es capaz de negarse a cumplir órdenes? En caso afirmativo, ¿qué órdenes puede rehusarse a obedecer y cuáles no? ¿Qué sucede si usted se rehúsa a hacer lo que las voces le ordenan?”

8.6 ¿Puede desconectar de las voces y conectar con ellas de nuevo?”<sup>(27)</sup>

Por último, la séptima y la octava preguntas apuntan hacia la posibilidad de concentrarse a voluntad o no en lo que las voces dicen o en lo que el escuchador de voces está haciendo, esto es, de estar presente en sus actividades y realidad actual, considerando además cada voz como una entidad y, por lo tanto, abriendo la posibilidad a múltiples y variadas interacciones y relaciones de poder entre las voces y quien las escucha:

“8.7 ¿Puede concentrarse en las voces cuando están presentes de modo que sabe exactamente lo que le están diciendo? ¿Esto es diferente con cada voz y en cada ocasión? De ser así, ¿por qué? Por favor, deme un ejemplo.

8.8 ¿Al escuchar las voces se concentra principalmente en ellas o en lo que está haciendo?

¿Esto es diferente con cada voz y en cada ocasión?”<sup>(27)</sup>

Hay que considerar que la relevancia del apartado 8 y el subsiguiente apartado “9. ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO” (preguntas 9.1 a 9.21) buscan no solo mapear el tipo de relación y el (des)equilibrio de poder del entrevistado con sus voces, sino que en este enfoque el mero hecho de escuchar voces no se identifica como problemático –existen escuchadores a los que sus voces no les han supuesto un malestar psíquico– pero sí en cambio los abusos de poder potenciales que pueden darse en las relaciones que el escuchador tiene con ellas. Este noveno apartado busca conocer las estrategias cognitivas (preguntas 9.1 a 9.7), conductuales (preguntas 9.8 a 9.13) y físicas (preguntas 9.14 a 9.17) que el escuchador ya pone en marcha; la frecuencia con las que las usa (pregunta 9.18), si utiliza estrategias frente a la anticipación de que las voces aparecerán en ciertas situaciones (pregunta 9.19) y la indagación sobre estas estrategias en el pasado.

En consecuencia, el uso del autoconocimiento –el análisis detallado de las acciones o estrategias que el escuchador de voces viene utilizando respecto de sus voces, tanto en el apartado octavo como noveno– pone el foco no solo en su capacidad de agencia, sino también en la de autotransformación, esto es, en los nuevos equilibrios de poder que podría instaurar.

Por todo ello, la posibilidad de que existan conexiones entre las voces y el contexto vivido a nivel personal, colectivo o estructural (social y político) atraviesa con fuerza esta herramienta pidiendo explícitamente la validación del escuchador de voces de esas relaciones, que es parte de las premisas de este movimiento: la escucha de voces como mecanismo de supervivencia ante experiencias traumáticas en el marco de las relaciones personales y colectivas. Así, este mapeo busca generar un autoconocimiento situado que se pregunta por las múltiples conexiones en torno a la escucha de voces y que des-reifica las voces. La escucha de voces lejos de ser una experiencia abstracta y radicalmente individual se muestra como parte de un conjunto amplio de relaciones con personas y grupos de personas –incluidos los profesionales médicos respecto a los que se pregunta si acudió a ellos, qué tipo de ayuda recibió, si le contó a alguno de ellos sobre sus voces, qué hicieron y si buscó profesionales de terapias alternativas (preguntas 11.1 a 11.4) que hayan formado o forman parte de la trayectoria vital del escuchador de voces, que es conceptualizado como un sujeto relacional que puede dar sentido a su experiencia desde esos vínculos que resuenan como significativos para él.

Por último, en cuanto a las mediaciones, la entrevista posibilita al menos dos. La primera de ellas se da entre el escuchador de voces y el profesional con el que trabaja habitualmente, siendo la entrevista una herramienta para la creación de un espacio de diálogo, ya

que el diálogo sobre las voces en sí mismo implica una ruptura con la socialización biopsiquiátrica de las voces como tabú y genera un nuevo espacio de trabajo. La segunda apela a la herramienta como mediación entre el escuchador de voces y sus voces. Dado que responder a las preguntas que mapean a las voces implica crear necesariamente un espacio interno de diálogo con las voces, así el escuchador de voces produce de forma sistemática un conocimiento sobre sus voces mediado por los ítems de la entrevista y el profesional que la facilita.

En conjunto, la *Maastricht Hearing Voices Interview* no solo mapea las voces, los contextos y las relaciones en las que se manifiestan, sino que también media como agente activo que ofrece un espacio de diálogo que promueva el autoconocimiento y la autotransformación del escuchador de voces. En tanto que el escuchador de voces es un experto vivencial, el fin último de esta tecnología del yo es movilizar, sistematizar y profundizar en un autoconocimiento situado de las voces que posibilite la autotransformación en tres niveles: en primer lugar, hacia una mayor capacidad de agencia respecto de las voces; en segundo lugar, hacia un mayor equilibrio en la relación de poder con ellas que permita la convivencia; y, por último, hacia una construcción del sentido de esas voces desde las experiencias y las conexiones reconocidas como significativas.

## Discusión

Este artículo ha contrapuesto la psiquiatría biomédica, en tanto que modelo analítico, con el enfoque Maastricht, específicamente con el guion de la *Maastricht Hearing Voices Interview* como tecnología del yo, con el objetivo de analizar cómo se produce la subjetividad en relación con la escucha de voces. El principal hallazgo es que este guion de entrevista es una herramienta que difiere muy significativamente de la gestión de sí, reificada e individualizante, propia del complejo psi- y la biopsiquiatría.

El análisis del manejo de las voces mediante la *Maastricht Hearing Voices Interview* señala tres aspectos relevantes. El primero de ellos, respecto de las voces, es que estas son significativas, que es posible dotarlas de sentido y que están situadas en contextos socioeconómicos, culturales y biográficos específicos. En segundo lugar, respecto al escuchador de voces, que es definido por la acción que realiza y no por categorías diagnósticas, es relacional y está inserto en redes de relaciones, además de que es poseedor de conocimientos experienciales y, lo más relevante, que ejerce su agencia de diversos modos con relación a sus voces. Por último, en lo que se refiere a la relación entre sujeto y voces se da una relación de influencia mutua que puede presentar (des)equilibrios variables a lo largo de la trayectoria vital y con relación a las experiencias vividas presentes o pasadas. En consecuencia, la *Maastricht Hearing Voices Interview* es

una herramienta de mapeo de las trayectorias biográficas que produce autoconocimiento y busca la autotransformación, para ello visibiliza un sufrimiento situado y enraizado en los que las voces constituyen un ecosistema de un sujeto relacional que ha de ejercer el cuidado de sí.

El enfoque Maastricht muestra múltiples y fuertes confluencias tanto con la postpsiquiatría, con origen en la psiquiatría crítica anglosajona, como con la salud mental colectiva de desarrollo latinoamericano, especialmente arraigada en Brasil, con presencia en España y emergente en otros países como Colombia<sup>(3)</sup>. En cuanto a la postpsiquiatría, comparte con esta corriente el rechazo a la políticas coercitivas, la centralidad de las experiencias y agencia de los supervivientes y usuarios, la importancia de los contextos sociales, políticos y culturales, así como una comprensión de la locura en la que no es carente de sentido, sino que se inserta en complejas redes de significados e interpretaciones<sup>(4,5)</sup>. Así mismo, la consideración de la trayectoria biográfica como situada converge con la ruptura epistémica y práctica que implicó la salud mental colectiva, principalmente en su reivindicación de la determinación social, el cuestionamiento de la medicalización del sufrimiento y la reivindicación de los saberes experienciales junto a una reflexión colectiva sobre las experiencias compartidas del enfermar, cuidar, recuperarse y, de forma más amplia, las prácticas de sostenimiento de la vida<sup>(83)</sup> que confluyen, a su vez, con la lógica del cuidado presente en el cuidado de sí.

Las implicaciones del enfoque Maastricht, en el que el manejo de las voces se da desde el autoconocimiento y la relacionalidad, son múltiples y de gran calado en el ámbito más amplio de la salud mental. En primer lugar, cuestiona profundamente el núcleo mismo de la biomedicina, esto es, el sujeto escindido de su enfermedad y sus condiciones estructurales de vida, provocando una crisis en la legitimidad de las prácticas biopsiquiátricas predominantes en la actualidad: desestabiliza la asimétrica relación experto-paciente, pone de manifiesto las intervenciones que no implican directamente psicofármacos y/o prácticas coercitivas, a la vez que visibiliza los cuidados no institucionalizados y los espacios no formales, que lejos de las dinámicas y lógicas propias de los hospitales y las clínicas, acompañan vivencias de sufrimiento mental. Entre estos elementos, es muy significativo cómo las personas que escuchan voces y han sido psiquiatrizadas, que históricamente han estado en los márgenes discursivos cuando no sin la posibilidad misma de enunciar sus vivencias en la esfera pública, se han convertido desde su conocimiento experiencial en uno de los pilares fundamentales de este proceso de deslegitimación de la biopsiquiatría<sup>(84,85,86,87,88,89,90,91)</sup>.

En consecuencia, en segundo lugar, interpela los modos en que se diseñan y ejecutan las políticas públicas dado que, principalmente en el norte global –de forma emergente en el estado español–, los sistemas de salud y sus ámbitos profesionales están ahora atravesados tanto por procesos de colaboración<sup>(92)</sup>, como

de incorporación y/o asimilación de los saberes y prácticas experienciales<sup>(93,94)</sup>, por ejemplo, incorporando grupos de escuchadores dentro de recursos institucionales<sup>(95,96,97)</sup>. Aquí se sitúan además debates ineludibles en torno a la injusticia y apropiación epistémica en el ámbito académico y de la investigación en salud mental<sup>(98,99)</sup>.

En tercer lugar, en el enfoque Maastricht el sujeto no solo es aprehendido como relacional, sino que está inserto en una red de relaciones que puede posibilitar la articulación de los escuchadores de voces como sujeto colectivo<sup>(100)</sup>. En el ámbito genérico de la salud mental, a pesar de los procesos de neoliberalización de las últimas décadas nos encontramos con que los nuevos movimientos sociales y el activismo en salud mental muestran también las lógicas de la relacionalidad y la construcción colectiva de redes de reivindicación, intercambio y/o cuidados. Destacarían los espacios auto-organizados de los GAM<sup>(101,102)</sup> por su intercambio y producción de conocimientos y prácticas experienciales –lo que implica, en los países de tradición mediterránea, un desplazamiento respecto de la asistencialidad y centralidad de los familiares en el tejido asociativo– en paralelo a la reivindicación de las narrativas, prácticas y formas organizativas en primera persona y el (re)surgimiento en algunos países del movimiento de Orgullo Loco<sup>(103,104,105)</sup>.

En cuarto lugar, destacar que tanto en el desarrollo del programa de investigación de Romme y Escher como en sus actividades en el ámbito del activismo en salud mental con la fundación de la red Intervoice, la colaboración con los escuchadores de voces ha sido central. Esto ha dado pie al surgimiento de roles híbridos en el que los escuchadores de voces y/o supervivientes psiquiátricos son también investigadores o académicos creando nuevos espacios epistémicos y de enunciación. A este respecto, destacar en el ámbito anglosajón los *Mad studies* y la *Survivor research*<sup>(106)</sup>, nuevos ámbitos de estudio desde la hibridación de roles alianza de quienes manejan tanto conocimientos expertos como experienciales.

Por último, en cuanto a las limitaciones de este análisis, la principal radica en que está realizado contraponiendo dos modelos analíticos y analizando un guión de entrevista que es una herramienta teórica, por lo tanto, quedan fuera de su alcance los aterrizajes específicos que tiene en cada territorio con sus singularidades socioeconómicas, institucionales y culturales. Además de ello, la identificación de las experiencias traumáticas como uno de los orígenes del sufrimiento psíquico requiere de un necesario cuestionamiento sobre cómo se construye culturalmente la noción de trauma, cómo se aterriza a diversos ámbitos y cómo produce subjetividad.

## A modo de conclusión

### *Las voces como parte del ecosistema de un sujeto relacional*

En el modelo biopsiquiátrico la escucha de voces no solo es una experiencia patológica que ha de erradicarse, sino que además está ligada a la gestión de sí, esto es, a unas prácticas de transformación del yo individualizantes, ahistóricas y reificantes. En el enfoque Maastricht nos encontramos, por el contrario, con la *Maastricht Hearing Voices Interview*, una herramienta para la exploración de esta experiencia que puede conceptualizarse como una tecnología del yo, porque moviliza tanto el autoconocimiento situado de las voces que tiene la persona entrevistada como la autotransformación del escuchador de voces en su relación de poder con las voces. En este caso, la autogestión que posibilita este guion de entrevista se aleja de la gestión del yo psicológico y/o neuroquímico<sup>(11,34)</sup> ya que tiene como práctica central el mapeo de los vínculos y conexiones entre los contextos en los que se dan las experiencias vitales personales, colectivas y estructurales, las personas involucradas en esos contextos y las voces, dando forma a un sujeto relacional.

El escuchador de voces se erige en interlocutor no solo válido, sino intrínsecamente necesario y valioso para encarar las problemáticas asociadas a la escucha de voces mediante la experticia vivencial y la práctica de su agencia, haciéndolas inteligibles. Siendo además el único que puede realizar conexiones significativas que doten a esta experiencia de sentido, un sentido que desde esta herramienta no es radicalmente personal, sino que está atravesado por las relaciones de poder y las personas implicadas en los contextos vitales del escuchador de voces.

Además de todo ello, no solo estamos ante un modo de subjetivación relacional, sino que al escuchador de voces se lo entiende, además, como un sujeto colectivo. Aunque aparezca con menor intensidad en la herramienta porque su objetivo es que sea de uso individual, vemos que en la *Maastricht Hearing Voices Interview* el escuchador de voces es conceptualizado como un colectivo porque la escucha de voces lejos de ser una experiencia radicalmente individual es una experiencia compartida. Por lo tanto, si movilizar, sistematizar y profundizar en el autoconocimiento es lo que posibilita la autotransformación hacia la que apunta esta herramienta, este proceso no se sostiene sobre el vacío de un individuo como tabula rasa, sino que se apoya y alimenta del conocimiento y las prácticas de manejo de sí que este viene desarrollando con mayor o menor capacidad de influencia sobre las voces.

Desde esta herramienta, el sujeto relacional y/o colectivo enfrenta un sufrimiento psíquico situado, de

manera que el malestar ya no sitúa dentro de un sujeto individual, sino en las relaciones pasadas y presentes enraizadas en contextos sociopolíticos, históricos y culturales específicos, donde las voces se manifiestan como parte del ecosistema relacional de los sujetos. El análisis de esta herramienta visibiliza las prácticas no normativas y los modos divergentes en los que el autocuidado puede darse con relación al sufrimiento psíquico, así como las implicaciones que estos modos de ejercer el autoconocimiento y la transformación del yo tienen en cómo los sujetos se piensan a sí mismos y a sus experiencias.

## AGRADECIMIENTOS

Al profesor Richard Chenhall, The University of Melbourne, Australia, y al profesor Peter Kelly, Deakin University, Australia, por su apoyo en los estadios iniciales del proyecto de investigación posdoctoral del que se ha derivado este artículo.

## FINANCIAMIENTO

Este artículo es parte de la investigación posdoctoral titulada "Conocimiento experiencial y gestión de sí en los márgenes del modelo biomédico: la emergencia de los grupos de apoyo mutuo (GAM) en el Estado español", realizada con el apoyo del Programa Posdoctoral de Perfeccionamiento del Personal Investigador Doctor, del Departamento de Educación del Gobierno Vasco (País Vasco, España) 2019-2022 (POS-2018-1-002 / POS-2019-2-006).

## CONFLICTO DE INTERESES

La autora declara no tener vínculos que condicionen lo expresado en el texto y que puedan ser comprendidos como conflicto de intereses.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Menéndez E. Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2003;8(1):185-207. doi: [10.1590/S1413-81232003000100014](https://doi.org/10.1590/S1413-81232003000100014)
- Rose N. *Our psychiatric futures*. Cambridge: Polity Press; 2018.
- Hernández-Holguín DM, Arias López BE, Martínez-Hernández Á. Salud mental colectiva: una revisión del concepto en la literatura académica de Brasil, Colombia y España. *Saúde e Sociedade*. 2023;32(3):1-12. doi: [10.1590/S0104-12902023210693es](https://doi.org/10.1590/S0104-12902023210693es)
- Bracken P, Thomas P. *Postpsychiatry: a new direction for mental health*. *British Medical Journal*. 2001;322:724-727. doi: [10.1136/bmj.322.7288.724](https://doi.org/10.1136/bmj.322.7288.724)
- Bracken P, Thomas P. *Postpsychiatry: Mental health in a postmodern world*. Oxford: Oxford University Press; 2005.
- Good BJ. *Medicine, rationality and experience: An anthropological perspective*. Cambridge: Cambridge University Press; 2008.
- Martínez Hernández Á. La copia de los hechos: La biomedicina, el poder y sus encubrimientos. *Quaderns de l'Institut Català d' Antropologia*. 2011;(27):45-64.
- Pilgrim D, Rogers A. *A sociology of mental health and illness*. Berkshire: Open University Press McGraw-Hill; 2005.
- Rose G. Place and identity: a sense of place. En: Massey D, Jess P, (eds.). *A place in the world?: Place, culture and globalization*. Oxford: Oxford University Press; 1995. p. 87-132.
- Rose N. *Inventing our selves: psychology, power, and personhood*. New York: Cambridge University Press; 1998.
- Rose N. *Governing the Soul: The shape of the private self*. London: Free Association Books; 1999.
- Novas C, Rose N. Genetic risk and the birth of the somatic individual. *Economy and Society*. 2000;29(4):485-513. doi: [10.1080/03085140050174750](https://doi.org/10.1080/03085140050174750)
- Rose N. Neurochemical selves. *Society*. 2003;1(41):46-59. doi: [10.1007/BF02688204](https://doi.org/10.1007/BF02688204)
- Rose N. The neurochemical self and its anomalies. En: Ericson R, Doyle A, (eds.). *Risk and Morality*. Toronto: University of Toronto Press; 2003. p. 407-37.
- Horwitz AV. Creating an age of depression. *Society and Mental Health*. 2011;1(41-54). doi: [10.1177/2156869310393986](https://doi.org/10.1177/2156869310393986)
- Fullagar S. Negotiating the neurochemical self: anti-depressant consumption in women's recovery from depression. *Health*. 2009;13(4):389-406. doi: [10.1177/1363459308101809](https://doi.org/10.1177/1363459308101809)
- Fullagar S, O'Brien W. Problematizing the neurochemical subject of anti-depressant treatment: The limits of biomedical responses to women's emotional distress. *Health*. 2012;17(1):57-74. doi: [10.1177/1363459312447255](https://doi.org/10.1177/1363459312447255)
- Fullagar S, O'Brien W. Immobility, battles, and the journey of feeling alive: Women's metaphors of self-transformation through depression and recovery. *Qualitative Health Research*. 2012;22(8):1063-1072. doi: [10.1177/1049732312443738](https://doi.org/10.1177/1049732312443738)
- Fullagar S, O'Brien W. Social recovery and the move beyond deficit models of depression: A feminist analysis of mid-life women's self-care practices. *Social Science & Medicine*. 2014;117:116-124. doi: [10.1016/j.socscimed.2014.07.041](https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.07.041)
- Brijnath B, Antoniadis J. "I'm running my depression:" Self-management of depression in neoliberal Australia. *Social Science & Medicine*. 2016;152:1-8. doi: [10.1016/j.socsci-med.2016.01.022](https://doi.org/10.1016/j.socsci-med.2016.01.022)
- Pitts-Taylor V. The plastic brain: Neoliberalism and the neuronal self. *Health*. 2010;14:635-652. doi: [10.1177/1363459309360796](https://doi.org/10.1177/1363459309360796)
- Weiner T. The (Un)managed self: Paradoxical forms of agency in self-management of bipolar disorder. *Culture, Medicine and Psychiatry*. 2011;(35):448-483. doi: [10.1007/s11013-011-9231-1](https://doi.org/10.1007/s11013-011-9231-1)
- Romme M, Escher S, (eds.). *Accepting voices*. London: Mind Publications; 1993.
- Romme M, Escher S. *Making sense of voices: A guide for professionals who work with voice hearers*. London: Mind Publications; 2000.
- Corstens D, Escher S, Romme M. Accepting and working with voices: The Maastricht approach. En: Moskowitz A, Schäfer I, Dorahy MJ, (eds.). *Psychosis, trauma and dissociation: Emerging perspectives on severe psychopathology*. West Sussex: Wiley-Blackwell; 2008. p. 319-332.
- Romme M, Escher S, Dillon J, Corstens D, Morris M. *Living with Voices: 50 stories of recovery*. Monmouth: Pccs Books; 2009.

27. Escher S, Romme M. Entrevista con una persona que escucha voces. Fundación para la Investigación y el tratamiento de la esquizofrenia y otros trastornos [Internet]. Primera Voz: Archivo de materiales sobre salud mental y crítica del capitalismo; 2005 [citado: 10/10/2025]. Disponible en: <https://tinyurl.com/urc5caan>
28. Martin LH, Gutman H, Hutton PH, (eds.). *Technologies of the Self: A seminar with Michel Foucault*. Amherst: University of Massachusetts Press; 1988.
29. Lupton D. Foucault and the medicalisation critique. En: Peterson A, Bunton R, (eds.). *Foucault, Health and Medicine*. London: Routledge; 1997. p. 94-110.
30. McLean AH. From ex-patient alternatives to consumer options: consequences of consumerism for psychiatric consumers and the ex-patient movement. *International Journal of Health Services*. 2000;30(4):821-847. doi: [10.2190/3tyx-vrrk-xkha-vbiq](https://doi.org/10.2190/3tyx-vrrk-xkha-vbiq).
31. Kendall E, Rogers A. Extinguishing the social?: state sponsored self-care policy and the Chronic Disease Self-management Programme. *Disability & Society*. 2007;22(2):129-143. doi: [10.1080/09687590601141535](https://doi.org/10.1080/09687590601141535).
32. Rogers A. Advancing the expert patient? *Primary Health Care Research & Development*. 2009;10:167-176. doi: [10.1017/S1463423609001194](https://doi.org/10.1017/S1463423609001194)
33. Mueser KT, Corrigan P, Hilton D, Tanzman B, Schaub A, Gingerich S, et al. Illness management and recovery: A review of the research. *Psychiatric Services*. 2002;53(10):1272-1284. doi: [10.1176/appi.ps.53.10.1272](https://doi.org/10.1176/appi.ps.53.10.1272)
34. Rose N. *The politics of life itself: biomedicine, power, and subjectivity in the twenty first century*. Princeton: Princeton University Press; 2007.
35. Davidson L. Recovery, self management and the expert patient: Changing the culture of mental health from a UK perspective. *Journal of Mental Health*. 2005;14:25-35. doi: [10.1080/09638230500047968](https://doi.org/10.1080/09638230500047968)
36. Blackman L. Psychiatric culture and bodies of resistance. *Body and Society*. 2007;13:1-23. doi: [10.1177/1357034X07077770](https://doi.org/10.1177/1357034X07077770)
37. Blackman L. *Hearing voices: Embodiment and experience*. London & New York: Free Association Books; 2001.
38. Fletcher EH. "Boundary Formation" Within Mutual Aid Assemblages. *Culture, Medicine, and Psychiatry*. 2019;43(1):93-115. doi: [10.1007/s11013-018-9600-0](https://doi.org/10.1007/s11013-018-9600-0)
39. Mol A. *The logic of care: Health and the problem of patient choice*. Oxon and New York: Routledge; 2008.
40. Foucault M. The ethic of care for the self as a practice of freedom: An interview with Michel Foucault on 20 January 1984. *Philosophy & Social Criticism*. 1987;12(2-3):112-131. doi: [10.1177/019145378701200202](https://doi.org/10.1177/019145378701200202)
41. Miller P. Governing by numbers: Why calculative practices matter. *Social Research*. 2001;68:379-396. doi: [10.1002/9780470774274.ch10](https://doi.org/10.1002/9780470774274.ch10)
42. Martin E. *Bipolar Expeditions: Mania and depression in American culture*. Princeton: Princeton University Press; 2007.
43. Keane H. Setting yourself free: techniques of recovery. *Health*: 2000;4:324-346. doi: [10.1177/136345930000400305](https://doi.org/10.1177/136345930000400305)
44. Foucault M. *Psychiatric power*. New York: Palgrave; 2006.
45. Martin E. Self-making and the brain. *Subjectivity*. 2010;3(4):366-381. doi: [10.1057/sub.2010.23](https://doi.org/10.1057/sub.2010.23)
46. Reneses M. Subjetividad farmacéutica en tiempos de crisis en Madrid: Entre la supervivencia, la cronificación y el "Debo ser yo". *Salud Colectiva*. 2025;21:e5563. doi: [10.18294/sc.2025.5563](https://doi.org/10.18294/sc.2025.5563)
47. Blackman L. Ethics, embodiment and the voice-hearing experience. *Theory, Culture and Society*. 2000;17(5):55-74. doi: [10.1177/02632760022051392](https://doi.org/10.1177/02632760022051392)
48. Rogers A, Pilgrim D. "Pulling down churches": accounting for the British Mental Health Users' Movement. *Sociology of Health & Illness*. 1991;13(2):129-148. doi: [10.1111/j.1467-9566.1991.tb00093.x](https://doi.org/10.1111/j.1467-9566.1991.tb00093.x)
49. Crossley N. *Contesting Psychiatry. Social movements in mental health*. London & New York: Routledge; 2006.
50. Romme M, Morris M. The recovery process with hearing voices: accepting as well as exploring their emotional background through a supported process. *Psychosis: Psychological, Social and Integrative Approaches*. 2013;5(3):259-269. doi: [10.1080/17522439.2013.830641](https://doi.org/10.1080/17522439.2013.830641)
51. Corstens D, Londgen E, McCarthy-Jones S, Waddingham R, Thomas N. Emerging perspectives from the Hearing Voices Movement: Implications for research and practice. *Schizophrenia Bulletin*. 2014;40(4):S285-S294. doi: [10.1093/schbul/sbu007](https://doi.org/10.1093/schbul/sbu007)
52. Collins H, Evans R. The third wave of Science Studies: Studies of expertise and experience. *Social Studies of Science*. 2002;32(2):235-296. doi: [10.1177/0306312702032002003](https://doi.org/10.1177/0306312702032002003)
53. May R, Hayes J. Le mouvement Hearing Voices: une approche émancipatrice du fait d'entendre des voix. En: Gardien É, (ed.). *Des innovations sociales par et pour les personnes en situation de handicap*. Toulouse: Éditions Érès; 2012. p. 195-214.
54. Tracy S, Ford A. *Chez les entendeurs de voix: une réalité vivante*. Québec: Éditions L'Hybride; 2025.
55. Baker P. La voz Interior: Guía práctica ¿Cómo tomárselo cuando se escuchan voces? *Hearing Voices Network* [Internet]. 1999 [citado 15/10/2025]. Disponible en: <https://tinyurl.com/35ndcswv>
56. Dillon J, Hornstein G. Hearing voices peer support groups: a powerful alternative for people in distress. *Psychosis*. 2013;5(3):286-295. doi: [10.1080/17522439.2013.843020](https://doi.org/10.1080/17522439.2013.843020)
57. Downs J. Creación y apoyo de los grupos de escucha de voces. *Hearing Voices Network, La Red de Escucha de Voces* [Internet]. Primera Voz: Archivo de materiales sobre salud mental y crítica del capitalismo; 2013 [citado 11/10/2025]. Disponible en: <https://tinyurl.com/3pyedjsd>
58. Romme M, Escher S. *Hearing Voices*. *Schizophrenia Bulletin*. 1989;115(2):209-216.
59. Romme M, Escher S. Effects of mutual contacts from people with auditory hallucinations. *Perspectief*. 1989;(3):37-43.
60. Romme M, Honing A, Noorthoorn E, Escher S. Coping with hearing voices: an emancipatory approach. *British Journal of Psychiatry*. 1992;(161):99-103. doi: [10.1192/bjp.161.1.99](https://doi.org/10.1192/bjp.161.1.99)
61. Romme M, Escher S. Empowering people who hear voices. En: Haddock G, Slade PD, (eds.). *Cognitive-Behavioural interventions with psychotic disorders*. London: Routledge; 1996. p. 137-150.
62. Romme M, Escher S, (eds.). *Understanding voices: coping with auditory hallucinations and confusing realities*. London: Handsell Publications; 1996.

63. Honing A, Romme M, Ensik B, Escher S, Pennings M, deVries M. Auditory hallucinations: a comparison between patients and nonpatients. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. 1998;186(10):646-651. doi: [10.1097/00005053-199810000-00009](https://doi.org/10.1097/00005053-199810000-00009)
64. Escher S, Romme M. *Young People Hearing Voices*. Monmouth: Pccs Books; 2010.
65. Escher S, Romme M, Buiks A, Delespaul P, van Os J. Independent course of childhood auditory hallucinations: a sequential 3-year follow-up study. *British Journal of Psychiatry*. 2002;43(181):S10-S18. doi: [10.1192/bjp.181.43.s10](https://doi.org/10.1192/bjp.181.43.s10)
66. Escher S, Romme M, Buiks A, Delespaul P, van Os J. Formation of delusional ideation in adolescents hearing voices: A prospective study. *American Journal of Medical Genetics (Neuropsychiatric Genetics)*. 2002;114:913-920. doi: [10.1002/ajmg.10203](https://doi.org/10.1002/ajmg.10203)
67. Escher S, Romme M, Buiks A, Delespaul P, van Os J. Coping defence and depression in adolescents hearing voices. *Journal of Mental Health*. 2003;12(1):91-99. doi: [10.1080/09638230021000058](https://doi.org/10.1080/09638230021000058)
68. Escher S, Morris M, Buiks A, Delespaul P, van Os J, Romme M. Determinants of outcome in the pathways through care for children hearing voices. *International Journal of Social Welfare*. 2004;13:208-222. doi: [10.1111/j.1369-6866.2004.00315.x](https://doi.org/10.1111/j.1369-6866.2004.00315.x)
69. Romme M, Escher S. Trauma and hearing voices. En: Larkin W, Morrison AP, (eds.). *Trauma and psychosis: New directions for theory and therapy*. London: Routledge; 2006. p. 162-192.
70. Romme M, Escher S, (eds.). *Research to practice in Community Psychiatry*. Maastricht: van Gorcum; 1988.
71. Romme M, Escher S. Managing Distressing Voice Hearing Experiences. En: Copeland ME, Allot PK, (eds.). *Wellness Recovery Action Plan*. Liverpool: Sefton Recovery Group; 2005. p. 114-118.
72. Romme M, Escher S, (eds.). *Psychosis as a personal crisis: An experience-based approach*. London: Routledge; 2012.
73. Waddingham R, Escher S, Dodgson G. Inner speech and narrative development in children and young people who hear voices; three perspectives on a developmental phenomenon. *Psychosis*. 2013;5(3):226-235. doi: [10.1080/17522439.2013.845594](https://doi.org/10.1080/17522439.2013.845594)
74. Woods A, Romme M, McCarthy-Jones S, Escher S, Dillon J. Special edition: Voices in a Positive Light. *Psychosis*. 2013;5(3):213-215.
75. Correa-Urquiza M. La irrupción posible del saber profano: Hacia una construcción colectiva del conocimiento en salud mental. *Temps d'Educació*. 2014;(47):63-75.
76. Foucault M. *The care of the self*. London: Penguin; 1986.
77. Mol A, Moser I, Piras EM, Turrini M, Pols J, Zanutto A. Care in practice: On normativity, concepts, and boundaries. *Tecnoscienza Italian Journal of Science & Technology Studies*. 2010;2(1):73-86. doi: [10.6092/issn.2038-3460/16996](https://doi.org/10.6092/issn.2038-3460/16996)
78. Mol A, Moser I, Pols J, (eds.). *Care in practice: On tinkering in clinics, homes and farms*. Bielefeld: transcript Verlag; 2015. p. 7-26.
79. Escher S, Hague P, Romme M. Hearing Voices: A structured questionnaire [Internet]. 2011 [citado 11/11/2025]. Disponible en: <https://tinyurl.com/cywzt8np>
80. Escher S, Bullimore P, Romme M. Maastricht Interview with a person who experiences paranoia [Internet]. 2004 [citado 12/10/2025]. Disponible en: <https://tinyurl.com/5f7hkj66>
81. Lupton D. Discourse analysis: a new methodology for understanding the ideologies of health and illness. *Australian Journal of Public Health*. 1992;16:145-150. doi: [10.1111/j.1753-6405.1992.tb00043.x](https://doi.org/10.1111/j.1753-6405.1992.tb00043.x)
82. Ruiz Ruiz J. Sociological discourse analysis: Methods and logic. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research*. 2009;10(2). doi: [10.17169/fqs-10.2.1298](https://doi.org/10.17169/fqs-10.2.1298)
83. Pié-Balaguer A, Correa-Urquiza M, Martínez Hernández Á. *Soltar amarras: una introducción a la salud mental colectiva*. Barcelona: Universitat Oberta de Catalunya; 2021.
84. May R. Routes to recovery from psychosis: the roots of a clinical psychologist. *Clinical Psychology Forum*. 2000;1(146). doi: [10.53841/bpspcf.2000.1.146.6](https://doi.org/10.53841/bpspcf.2000.1.146.6)
85. Dillon J. The tale of an ordinary little girl. *Psychosis: Psychological, Social and Integrative Approaches*. 2010;2(1):79-83. doi: [10.1080/17522430903384305](https://doi.org/10.1080/17522430903384305)
86. Longden E. Learning from the voices in my head. TED Conference [Internet]. 2013 [citado 10/10/2025]. Disponible en: <https://tinyurl.com/sw2u95vn>
87. Balias F, Pellejer M. *Desmesura: Una historia cotidiana de locura en la ciudad*. Barcelona: Edicions Bellaterra; 2018.
88. Balias F. *Oír voces en la cabeza*. En: *Las voces que no escuchamos*. Valladolid: La Revolución Delirante; 2023. p. 1-16.
89. Balias F. Barrio, clase, voces en la cabeza y un médico de cabecera. En: *Las voces que no escuchamos*. Valladolid: La Revolución Delirante; 2023. p. 17-23.
90. Balias F. 20 años no son nada. Dos décadas oyendo voces en la cabeza. En: *Las voces que no escuchamos*. Valladolid: La Revolución Delirante; 2023. p. 25-32.
91. Balias F. Sobre la necesidad de crear nuevas e individualizadas estrategias para afrontar el hecho de oír voces. En: *Las voces que no escuchamos*. Valladolid: La Revolución Delirante; 2023. p. 33-38.
92. Mejías Rosa P. *Las voces que no escuchamos*. Valladolid: La Revolución Delirante; 2023.
93. Comelles JM. Profanos y profesionales del discurso de la evidencia al conocimiento local y la participación. *Trabajo Social y Salud*. 1999;(32):241-258.
94. Noorani T. Service user involvement, authority and the 'expert-by-experience' in mental health. *Journal of Political Power*. 2013;6(1):49-68. doi: [10.1080/2158379X.2013.774979](https://doi.org/10.1080/2158379X.2013.774979)
95. Martínez Barbero MA, Coca Pereira MC, Pérez Villalba G, Martínez Hernández MV. Escuchando la voz de las personas que escuchan voces. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. 2017;37(131):39-61.
96. Ortega Moreno B. Escuchadores de voces: Grupo de ayuda mutua por y para el usuario diagnosticado de psicosis. *Revista ROL de Enfermería*. 2018;41(5):36-41.
97. Mendonça Corradi-Webster C, Sicaroni Rufato L, Augusto Leão E, Bien C, Reis G. Grupo de Ouvidores de Vozes: experiência inovadora realizada por suporte de pares. *Revista Iberoamericana de Psicología*. 2021;14(2):75-85.
98. Kidd IJ, Spencer L, Carel H. Epistemic injustice in psychiatric research and practice. *Philosophical Psychology*. 2025;38(2):503-531. doi: [10.1080/09515089.2022.2156333](https://doi.org/10.1080/09515089.2022.2156333)

99. Gonzalez-Mañas D, Correa-Urquiza. Saberes profanos y justicia epistémica en salud mental: análisis crítico del agente de apoyo entre iguales en el Estado español. *Salud Colectiva*. 2026;22:e6041. doi: [10.18294/sc.2026.6041](https://doi.org/10.18294/sc.2026.6041)
100. Woods A. The voice-hearer. *Journal of Mental Health*. 2013;22(3):263-270. doi: [10.3109/09638237.2013.799267](https://doi.org/10.3109/09638237.2013.799267)
101. Canals J. Els Grups d'ajuda mútua: una presentació actual de la reciprocitat. *Quaderns de l'Institut Català d' Antropologia*. 2002;(17-18):139-151.
102. Canals J. El regreso de la reciprocidad: Grupos de ayuda mutua y asociaciones de personas afectadas en la crisis del Estado del Bienestar. [Tesis doctoral]. Tarragona: Universitat Rovira i Virgili; 2003.
103. Correa-Urquiza M, Pié Balaguer A, Coll-Florit M, Hernández i Encuentra E, Climent Roca S. Orgullo loco y metáforas para una disidencia: un análisis lingüístico y simbólico. *Salud Colectiva*. 2020;16:e2886. doi: [10.18294/sc.2020.2886](https://doi.org/10.18294/sc.2020.2886)
104. De Juan Franco E. Voces de la locura: Una aproximación desde la antropología social a las experiencias en el activismo loco y los grupos de apoyo mutuo. [Tesis Doctoral]. Barcelona: Universitat Autònoma de Barcelona; 2023.
105. Guzmán Martínez G, Pujal i Llombart M, Mora Malo E, García Dauder D. Antecedentes feministas de los grupos de apoyo mutuo en el movimiento loco: un análisis histórico-crítico. *Salud Colectiva*. 2021;17:e3274. doi: [10.18294/sc.2021.3274](https://doi.org/10.18294/sc.2021.3274)
106. Faulkner A. Survivor Research and Mad studies: the role and value of experiential knowledge in mental health research. *Disability & Society*. 2017;32(4):500-520. doi: [10.1080/09687599.2017.1302320](https://doi.org/10.1080/09687599.2017.1302320)

#### FORMA DE CITAR

González Durán S. Dotando de contexto y sentido a la escucha de voces: el enfoque Maastricht como tecnología del yo para un cuidado de sí. *Salud Colectiva*. 2026;22:e6033. doi: [10.18294/sc.2026.6033](https://doi.org/10.18294/sc.2026.6033).



Esta obra está bajo una licencia Creative Commons Atribución 4.0 Internacional (CC BY 4.0). <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>.

Atribución — Se debe dar crédito de manera adecuada, brindar un enlace a la licencia, e indicar si se han realizado cambios. Puede hacerlo en cualquier forma razonable, pero no de forma tal que sugiera que usted o su uso tienen el apoyo de la licenciante. Sin restricciones adicionales — No se pueden aplicar términos legales ni medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otras personas a hacer cualquier uso permitido por la licencia.

Recibido: 17 nov 2025 | Versión final: 22 may 2026 | Aprobado: 29 may 2026 | Publicado en línea: 18 jun 2026