

Narrativas en primera persona: ¿qué es lo nuevo para un profesional de la salud mental?

Martín Agrest

Licenciado en Psicología (UBA)
Proyecto Suma, Asistencia y Rehabilitación en Salud Mental
E-mail: magrest66@gmail.com

“Créanme cuando digo que no hay nada más devastador, que genera más descrédito y discapacidad para alguien en recuperación de su enfermedad mental que el estigma. (...) La vida es difícil con un diagnóstico de esquizofrenia. Puedo hablar, pero pueden no escucharme. Puedo hacer sugerencias, pero puede que no sean tomadas en serio. Puedo decir lo que dicen mis pensamientos, pero pueden ser vistos como delirios. Puedo contar mis experiencias, pero pueden ser interpretadas como fantasías (...) En última instancia debemos conquistar el estigma desde adentro (...) Es imperativo para nosotros como usuarios mirar hacia adentro para encontrar nuestras propias fortalezas.”

(1, p. 199)

Resumen

Las narrativas en primera persona de quienes se han recuperado de su padecimiento mental no son novedosas pese a que los profesionales de la salud mental no les han prestado suficiente atención hasta el momento. ¿Cómo es vivir con un trastorno mental, recibir un diagnóstico, u ocultar las internaciones o la medicación que se toma en el contexto de una entrevista laboral o para establecer una relación de pareja? Pero, fundamentalmente, ¿cómo es aprender nuevas estrategias para afrontar estas dificultades, lograr hacer aportes valiosos en la comunidad en la que se participa y reconocerse en una identidad que no niega la patología ni tampoco se reduce a ella?

Las narrativas personales de recuperación son analizadas para establecer qué es lo novedoso de las mismas, quiénes y cómo se benefician con ellas. Asimismo, a través de ellas, los profesionales de la salud mental podrían cuestionar la ilusión producida por el sesgo en su práctica habitual, según el cual sólo ven a quienes están mal y no a quienes logran avances significativos en su recuperación.

Palabras clave: Narrativas personales - Recuperación - Formación de profesionales de salud mental.

FIRST PERSON NARRATIVES: IS THERE ANYTHING NEW IN THEM FOR A MENTAL HEALTH PROFESSIONAL?

Abstract

Recovery narratives and first-person accounts of people living with mental disorders are not really new. Nevertheless, scarce attention has been paid to them by mental health professionals. What is it like to live with a mental disorder, receive a diagnosis, or hide previous experiences of treatment in mental health centers or with psychiatric medication in the context of a job interview or trying to start a relationship with another person? What is it like to learn new coping strategies, to be able to contribute to society and to assume an identity that neither denies the pathology nor is reduced to it? These narratives are analysed in order to establish both the novelty in their production, and who and how could benefit from them. In addition, mental health professionals could challenge their illusions based on the continuous bias of working with people during the exacerbation of their symptoms, but barely seeing those who have been able to make significant progress in their recovery processes.

Key words: Personal narratives - Recovery - Education of mental health professionals

Las narrativas en primera persona en el campo de la psiquiatría y la salud mental, también llamadas *first-person accounts* o *personal accounts* en la literatura internacional, son textos mediante los cuales las personas con padecimiento mental dan a conocer un testimonio autobiográfico de su proceso singular de recuperación. Representan la voz de la propia experiencia con el padecimiento, con los servicios de salud mental y/o con la sociedad. Mediante ellas, estas personas se hacen oír, manifiestan y reivindican su derecho a ser escuchados, comparten sus vivencias, transforman la soledad y el dolor que suelen acompañar a los trastornos mentales en algo que los conecta con otros. Para algunos lectores con padecimientos similares, incluso, podría ser uno de sus primeros sentidos de pertenencia y de sosiego al saberse acompañados en la difícil tarea de afrontar las dificultades asociadas a la enfermedad mental (2). A pesar de que este tipo de narrativas son muy antiguas (3), que revistas como el *Schizophrenia Bulletin* han publicado más de un centenar a lo largo de cuatro décadas, y que por medio de blogs y de internet han crecido exponencialmente en la última década, los profesionales dedicamos poca atención a revisarlas.

¿Es o no es lo mismo que escuchamos los profesionales cotidianamente cuando nos hablan nuestros pacientes? ¿Qué podríamos tener para aprender leyendo “lo mismo” que ya solemos escuchar? ¿Qué más podría haber que nuestros recortes clínicos o que nuestros sutiles hallazgos en los intersticios de las historias que escuchamos?

En el presente trabajo, fundamentalmente a partir de las narraciones autobiográficas publicadas en revistas de la especialidad, intentaré mostrar qué es lo novedoso, en qué sentidos son diferentes de otros relatos a los que estamos acostumbrados, qué valor tendrían para narradores y lectores, y qué podríamos ganar los profesionales si pudiéramos prestarles real atención.

Lo nuevo de estos relatos

Lo primero que debemos considerar es: ¿quién narra, quién es el autor o, como se dice hace años en el Río de la Plata, quién establece el texto? Y, desde ya, este no es un punto menor. Todos lo saben. Está en juego el poder, aquello que permite hacer decir al otro “lo que en verdad quería decir”, “lo que debería haber dicho” –y no estaba claro si lo había hecho– o “lo que me hubiese gustado que el otro dijera”. Pero acaso ¿no podemos dejar que lo diga a su manera y con sus palabras? (4). En las entrevistas clínicas, esta narración suele verse alterada, inducida y limitada por nuestras intervenciones, preguntas, gestos y, también, por los silencios. Es inevitable, y no necesariamente una falla en el procedimiento. En los materiales clínicos usamos las comillas para “hacer hablar al paciente” con constantes ediciones nuestras. Casi con seguridad, con un paciente habrá tantos materiales clínicos como profesionales existan. Cada uno recortaría diferentes aspectos del diálogo o del discurso con un probable único punto en común: la selección obedecerá a la herramienta teórica que posea el terapeuta. En cambio, en las narraciones en primera persona nadie más

que la propia persona elige qué y cómo lo dice. Como editores-autores salimos sobrando. Y si hay un otro que incide, como hipotético lector, no necesariamente nos incluye.

Si importa el autor, también importa el destinatario de la narración. Las historias en primera persona tienen como principal destinatario otras personas que atraviesan situaciones similares. Por más que algunas se publican en revistas científicas o profesionales, su sentido nos excluye, no nos necesita y se consolida, en cambio, en la lectura que haga otra persona que pasa por aquello que el narrador ha pasado. A causa de la lectura, el destinatario puede sentir menos vergüenza de lo que le pasa, aliviarse de no ser el único que atraviesa por ese sufrimiento, encontrar nuevas y mejores estrategias de afrontar su padecimiento y recuperar alguna esperanza ahí donde todos –profesionales incluidos– dejaron de alentarla. En relación con este destinatario, el narrador es un facilitador, alguien que ofrece algo valioso que ayuda al lector. Ha dejado de “ser un caso”, “un ejemplo de alguna patología”, “un objeto de estudio”, para pasar a ser alguien valioso, digno de reconocimiento o imitación, fuente de inspiración. De un lado, la patología; del otro, la experiencia y la recuperación.

Su testimonio, que lleva el mismo nombre que aquello que se pasa entre compañeros de equipo en una carrera de postas y sin el cual no hay continuidad posible, le hace cobrar un sentido que está ausente en otras narraciones de estas mismas personas. No se relata tan solo una vivencia, sino en qué consiste haberla vivido. No se trata de si alguien se internó una o más veces, qué medicación tomó o qué hacía en sus días dentro o fuera de una institución, sino, en cambio, de cómo fue experimentado. Parafraseando a Nagel (5), es dar cuenta del “*what is it like to*” vinculado a algo del padecimiento mental (6). Y al hacerlo, la estructura que con frecuencia adquiere es la de un pasaje. Ha sido de un determinado modo –y así se lo ha experimentado– el pasaje entre una forma de vivencia y otra, el antes del diagnóstico y el después, el antes de internarse y el después, el pasar a (o el dejar de) tomar una medicación, el perder o conservar trabajos, familias, amistades, la vida alejada de los servicios de salud o la transformación gracias a la ayuda recibida de parte de los mismos. En última instancia, con frecuencia, de lo que se da testimonio es del cambio en el sentido de la propia vida y del ser. Y, al mismo tiempo, esta transformación subjetiva es solidaria de la entrega del testimonio a otros lectores que puedan valerse de éste para sus propios cambios.

Algo que emerge de estas narrativas es alguna forma de identificación que da lugar a un “nosotros”, aun si solo de modo transitorio, en vez del tradicional “yo”, “él”, “ella” o, más dramáticamente, el estigmatizante “ellos” (7, 8). Se produce una transformación de una experiencia básicamente solitaria en algo compartible con otros y que permite alguna clase de participación y de intercambio. El sentido de pertenencia al género de “persona que padece” o “persona que podría atravesar un padecimiento” lo coloca muy lejos del “enfermo mental”, “el esquizofrénico” o algún otro calificativo

que otros, en su angustia o desesperación, le hubieran propinado. Ya no es el ateneo que enlaza un profesional con otro, sino la narración de una persona con padecimiento mental que la conecta con otra persona.

Quienes han producido estas narrativas y quienes han estudiado estos relatos enfatizan una serie de sus virtudes: promueven el reconocimiento de la salud mental y el bienestar, inspiran esperanza y promueven la recuperación, cuestionan el estigma y promueven actitudes positivas, hacen a estas personas más expertas a partir de su experiencia vivida y proveen oportunidades para el aprendizaje y el desarrollo personal (9). Asimismo, enseñan diferentes estrategias que adoptan las personas para tratar de ayudarse por sí mismas, destacan el rol activo y fundamental de la persona en su proceso de recuperación, señalan la importancia de la autonomía y el creciente control y responsabilidad con la propia vida, aceptan la no linealidad de este camino y toman las recaídas en un sentido que no es el de “fracaso”, y colocan en el centro de la escena la necesidad de contar con un propósito en la vida que pueda ser compartible y reciba alguna valoración social (10).

Tal vez lo más importante de estas narraciones sea que se centran en la capacidad de expresarse y en la reivindicación de la recuperación como experiencia corriente y esperable para personas con trastornos mentales. A diferencia de los relatos famosos de Schreber (11) o de tantos otros citados por décadas por psicoanalistas y psiquiatras para mostrar la construcción de los delirios, tipificar la locura y teorizar sobre las psicosis, las narraciones en primera persona enseñan sobre la esperanza, la superación y el padecimiento enfrentado en el proceso de recuperación. No suelen centrarse en los déficits o las alteraciones, sino que presentan una posibilidad, una fortaleza, aquello que ha sido conservado, desarrollado o recuperado. Aun necesitando ayuda o apoyo –profesional o no–, se muestra aquello que fue posible hacer.

A diferencia de los otros relatos por los que se guía la formación profesional, estos muestran la vida de una persona para la cual su enfermedad, aun si puede ser muy importante, es tan solo algo más que tiene y que le pasa. A pesar de poder centrarse en la enfermedad, estos relatos invitan a abandonar una actitud clínica o de evaluación psicológica para enfocarse en las personas. Allí donde los profesionales vemos patologías, trastornos o enfermedades, quienes han vivido con ellas suelen ver personas con dificultades que han debido y podido afrontar, o con las que siguen aprendiendo a convivir (12-15). Es cierto que los profesionales solemos decir que no dejamos de reconocer a las personas por más que (también) vemos su patología. Nos da mucho trabajo darnos cuenta de hasta qué punto nos centramos en los déficits. Pero si alguien enfatiza las capacidades de una persona –respecto de la cual logramos tipificar su delirio o describir algunos de sus vínculos o reacciones más extremas–, solemos mirarlo con cierto desprecio o compasión. Nos parece “voluntarista”, “negador”, “inexperto”, “desconocedor del sujeto del inconsciente”, “del goce” o de las “limitaciones del psicótico”. Protestamos airadamente cuando pretenden decirnos que por ver los déficits no

vemos las capacidades. Nos es tan difícil abandonar la actitud clínica de que, simplemente, no vemos que no las vemos. Será que estamos entrenados para limitar los daños y resguardar a nuestros pacientes de los peligros (especialmente de sí mismos) que las potencialidades, por lo general, nos tienen casi sin cuidado.

Quienes han teorizado sobre la recuperación (o *recovery*, en inglés) se han basado en estas narraciones (16-19). Su inspiración en estas narrativas tal vez sea el motivo por el cual a muchos profesionales les suele parecer algo trivial, superficial, poco interesante, un “engaño yoico” o nada original. Lejos de basarse en los síntomas o en las “estructuras”, como para poder equipararse con nuestras elaboraciones teóricas, privilegian aspectos comunes a todas las personas (y no sólo a quienes padecen algún trastorno mental). Es así que, por sobre la sintomatología o la funcionalidad, cobra importancia la dimensión existencial. Asuntos tan corrientes como la esperanza, el auto-respeto, la transformación personal o la asunción de una identidad personal gracias a la cual alguien sea valorado por su posible aporte a la comunidad, van por delante –sin negar la importancia– de las alteraciones del ánimo, la presencia de ideas delirantes o el acceso a un trabajo (20). Estos aspectos quedan ligeramente relegados a menos que imposibiliten aquello que cada persona considere lo más importante para su vida (14, 21). Los síntomas o la funcionalidad se recortan en las narraciones como secundarios a cómo cada cual se concibe a sí mismo en relación con los otros.

El beneficio de estos relatos para quienes ofrecen su testimonio

La posibilidad de organizar un relato personal da cuenta tanto de un estado a partir del cual esta narración es posible cuanto del considerable efecto subjetivo de poder hacerlo. El testimonio tiene un doble valor personal: por un lado, en términos de la capacidad para formalizar y enlazar situaciones e ideas sobre la propia historia; por el otro, en términos del beneficio que puede traer a quien logra producirlo. El padecimiento, como señala Kleinman (22), tiene un sentido para cada persona y en cada narración este sentido tiene la posibilidad de transformarse. Tal como lo plantea el construccionismo social (23), estas narraciones no son solo una manera de contar (a otro a o sí mismo) sobre la propia vida, sino una manera de producir una identidad que se encuentra también en permanente transformación (17). La reformulación de la propia historia permite la emergencia de nuevos sentidos y posibilidades a la par que expresa una nueva forma de verse y describirse a sí mismo (24). Esta nueva forma incluye también la posibilidad de estar ayudando a otros por medio del testimonio.

En la segunda presentación de las narraciones en primera persona del *Schizophrenia Bulletin*, quien hizo el relato, anónimamente, incluyó un agradecimiento por “la oportunidad de transformar la tragedia propia en algo potencialmente significativo para otros” (25). Otro testimonio señaló en el párrafo final que entendía que su relato acerca de cómo había vivido con ideas deliran-

tes de tipo paranoide no convencería a otra persona con similares vivencias de que sus ideas, las del lector, no son verdaderas, pero al menos le estaría haciendo saber que no es el primero y que tampoco está solo (26). Un tercer testimonio culminó su relato a la espera de que “este relato pudiera ser de utilidad para los profesionales interesados en la esquizofrenia” (27).

La posibilidad de ayudar a otro a partir de vivencias dolorosas personales, e incluso ser fuente de inspiración, tal vez sea uno de los aspectos más importantes de estas narraciones. El mismo fundamento se aplica a la ayuda de los “compañeros pares” o “pares especializados” (15, 28). La transformación del dolor en algo valioso para alguien que pudiera atravesar algo parecido tendría una potencialidad incomparable para producir salud.

¿Qué podemos aprender los profesionales?

Leyendo estas narraciones encontraremos personas que en algún momento perdieron las esperanzas, que estuvieron a punto de sucumbir o que sintieron que su ser se perdía irremediablemente, que fueron ayudadas o maltratadas por el sistema de salud, que encontraron en el apoyo mutuo una manera de mantenerse con vida y, finalmente, terminaron por hacer pie en alguna fuerza interior que nadie hubiese podido darles. Podremos comprender qué factores contribuyen a la recuperación, en qué consiste recuperarse por fuera de los servicios de salud o los casos exitosos utilizando otro tipo de recursos ajenos a la biomedicina (10). Veremos cómo las personas lograron salir del encierro y el estancamiento de su padecimiento para lograr alguna forma de participación con otros, cómo se sobrepusieron a la adaptación pasiva a las limitaciones de su enfermedad para desarrollar nuevas estrategias para salir del malestar (29), cómo recibieron su diagnóstico y qué efectos subjetivos les provocó (30, 31, 32).

La relación con compañeros en la recuperación suele ser destacada y lo que se remarca es que en ocasiones puede ser más fácil hablar con ellos que con los profesionales (33, 34). La vergüenza y el ocultamiento a la hora de buscar trabajo o de conocer una posible pareja respecto de las experiencias sufridas o de la medicación psiquiátrica prescrita, los riesgos de mentir y los fallidos intentos de decir la verdad, son constantes. Las narraciones dan cuenta de una búsqueda y eventualmente de un aprendizaje (difícil de universalizar) acerca de cómo y cuándo poder hacerlo (35). Los esfuerzos por disimular los síntomas, las estrategias de evitación social y el aburrimiento predominan por sobre otras formas más espectaculares respecto de las cuales los profesionales nos sentimos particularmente convocados a preguntar y a intervenir. Las estrategias de afrontamiento, destacan las narraciones, muchas veces no son valoradas como tales o las confundimos con síntomas, y así contribuimos a la sensación de incomprensión y al aislamiento (1).

¿Siempre igual? No. Siempre distinto. ¿Igual a nuestros pacientes? Tal vez sí. Pero para ver esa semejanza deberíamos poder preguntarles del modo menos censor que seamos capaces en qué consiste o consistió su

experiencia, qué los ayudó en su vida, cómo recibieron y dieron ayuda a otros, o en qué consistió lo que pudieron hacer por sí mismos (6). En tanto estemos a la caza de sus síntomas o de la “repetición tanática”, desconfiemos de las verdaderas posibilidades de recuperación o de las posibilidades de asumir progresivamente nuevas responsabilidades con la propia vida, entonces, las narrativas se parecerán bastante poco. Mientras no logremos ver nuestra propia contribución a la vergüenza, el estigma o la desesperanza de quienes han recibido un diagnóstico psiquiátrico, un efecto adverso relativamente frecuente de nuestros tratamientos, los relatos acerca de la recuperación nos parecerán sin sentido.

También nos tocaría ver la diferencia entre “ser un psicótico” (“esquizofrénico”, etc.) y “tener esquizofrenia”. Nos cuesta entender que no es lo mismo “ser” que “tener” y, pese a que las recomendaciones locales e internacionales sobre la comunicación de los padecimientos mentales son taxativas y muy claras al respecto, seguimos insistiendo con referirnos a las personas como “el esquizofrénico” o “el psicótico”. “Tener” una enfermedad facilita una pluralidad de alternativas que “ser” esa enfermedad no las admite. “Ser” un diagnóstico (o “un enfermo mental”) hace a la identidad. Tener un diagnóstico no es una cuestión identitaria y, a la larga, podríamos entender que alguien puede ser muchas cosas junto con, y además de, el padecimiento mental que tiene. En “enfermedades que hacen a la identidad” (“*I am illnesses*” (36)), contrariamente a lo que muchas veces hacemos, sería crucial colaborar para transformarlas en algo que “se tiene”.

Las narrativas en primera persona suelen rechazar la identificación entre el diagnóstico y el ser en tanto esta contribuye al estigma, el malestar y la dependencia de los servicios de salud (37). Tampoco es cuestión de rechazar el padecimiento, que limita las posibilidades de buscar ayuda o conservar tratamientos que pueden ser de fundamental importancia en muchos casos. Al decir de Davidson (18), la relación entre la identificación con la enfermedad y la recuperación es curvilínea: tanto nula identificación (“no tengo una enfermedad”) como gran identificación (“soy un paciente psiquiátrico”) son obstáculos para la recuperación. Con frecuencia nuestras denominaciones contribuyen a la más absoluta identificación, como si solo así pudiéramos asegurarnos la aceptación (conciencia) de la enfermedad y la adherencia al tratamiento. En cambio, con este mismo movimiento y sin darnos cuenta, es posible que estemos contribuyendo a la cronicidad. Como decía Estroff (36), “la cronicidad es la transformación de un sí mismo anterior que poseía cierto valor en otro disfuncional y devaluado” (o, si no, la certificación de un sí mismo devaluado), que ha pasado a coincidir con el diagnóstico. Significa la consolidación de la “carrera moral” según la cual alguien se vuelve un “paciente mental” (38). Deja de ser “alguien con” un diagnóstico para “ser” ese diagnóstico.

La posibilidad de los profesionales de hacer de una persona con un padecimiento mental un paciente, alguien que en muchos casos podrá obtener un tratamiento y un alivio, es también un modo de contribuir a una nueva

identidad que, en ocasiones, puede ser un obstáculo para su recuperación. Sabemos bastante acerca de este primer movimiento según el cual alguien se convierte en paciente aunque, como dice Barrett (39), el de la salida de esa identidad, la manera en que alguien pasa de su condición de paciente a persona, nos ha resultado por lo general bastante ajeno. Es justamente este pasaje el que queda testimoniado en muchas de estas narrativas.

¿Cómo es que ahora nos ocuparemos de estas producciones basadas en la auto-percepción cuando, de un lado el psicoanálisis y del otro las neurociencias, nos han enseñado a desconfiar de ella? ¿Cómo prestar atención a lo que “el yo tiene para decir de sí mismo” luego de años de mostrar cómo nunca dejamos de engañarnos a nosotros mismos? He aquí una objeción poderosa que podría hacernos creer que escuchar los testimonios de quienes han vivido con un padecimiento mental es tan inútil como para un cirujano preguntar a un paciente cómo estuvo durante la cirugía que le practicó. Alguien podría suponer que la conciencia en un caso y en el otro tendría igualmente poco para aportar. Pero he aquí una dimensión ética según la cual las personas han de ser consideradas responsables de sus actos y, análogamente, las primeras interesadas y entendidas en lo que les concierne salvo en situaciones extremas, transitorias y, aun así, con el apoyo correspondiente para poder hacerlo. El lema internacionalmente difundido de “nada sobre nosotros sin nosotros” debería considerarse de un estatus superior a cualquier ideología o avance científico, echando por tierra toda pretensión de desoír lo que las personas tienen para decir de sí mismas en nombre del reduccionismo neurobiológico extremo o de algún psicoanálisis que pretenda ocuparse únicamente de “sujetos del inconsciente” y no de las personas.

El problema no sería tanto que los profesionales no tendríamos nada para aprender cuanto que lo que tenemos para aprender podría no agradarnos (6, 40). Muchos de los relatos se quejan de sus experiencias con algunos profesionales de la salud mental y testimonian, además, que fueron capaces de progresar en su recuperación a pesar de la actitud pesimista y de desaliento emanada de aquellos. Es cierto que algunos relatos tienen un mensaje casi excluyente de denuncia, son enunciados en calidad de “sobrevivientes”, se proponen como “anti” (psiquiátricos, sistema, o todo junto) y es poco lo que pueden aportar al diálogo o los debates en salud mental. En buena medida confirman ideas y prejuicios ya establecidos, dificultando el interés por otros testimonios que nada tienen de acusatorios.

Acostumbramos ver a los pacientes como personas que reciben nuestros tratamientos. Leer en las narraciones cómo los viven y, además, lo que hacen por fuera de éstos, no suele ser fácil de aceptar (1). Ver que pueden ser expertos en sus vidas y que sobre eso saben más ellos que nosotros, los profesionales, es algo que sólo declamamos

en el plano teórico. En la práctica lo negamos casi permanentemente. Decimos con frecuencia que el saber lo tiene el paciente (o el analizante), pero nuestras prácticas habituales lo desmienten: les interpretamos lo que les pasa (e, inclusive, cualquier producción que pudiera realizar es pasada por el tamiz de nuestro ojo clínico), utilizamos un lenguaje que muchas veces no comprenden (41), les damos muchas más indicaciones que explicaciones de qué haremos y por qué lo haremos, y en ocasiones (no siempre justificadas) decidimos por ellos. Las narraciones, por el contrario, ponen en acto el hecho de que los narradores son “expertos por experiencia” (42, 43) y no necesitan de nosotros para “establecer su texto”. Nos enseñan otra mirada acerca de en qué consiste vivir con un padecimiento mental, en qué consiste recuperarse de él y cuáles son las dimensiones que cada uno rescata como las más importantes para la recuperación personal.

Recomendaciones finales

El recorrido que va de Schreber a las vidas de tantos otros que se recuperaron es el que nos aguarda. Las diferencias entre uno y otro son las que marcan la distancia entre las narrativas de la enfermedad con las que hemos aprendido y las de la recuperación que, si bien existen desde hace siglos, recién ahora les prestamos atención. En última instancia, nos toca aprender a identificar y cuidarnos de mensajes, prácticas y políticas que reducen las esperanzas de quienes viven con padecimientos mentales, contribuyen a su desesperación, promueven la dependencia innecesaria y refuerzan la discapacidad (29). Se nos impone, también, que hay otras formas de narrar, de comprender y de vivir los padecimientos mentales más allá de cómo los hemos descripto, analizado y teorizado profesionalmente (44).

Para poder luchar contra “la ilusión del clínico” (45), la visión pesimista respecto de los resultados de personas con determinados diagnósticos en función del sesgo en nuestra práctica habitual, y contra una concepción estática y definitiva de la cronicidad (34), necesitamos leer estas narrativas y es importante que quienes se recuperan, también, las escriban. Solo así cobrará sentido para los profesionales de la salud mental qué es y cómo es posible la recuperación de personas con padecimiento mental. En particular en habla hispana, este es un camino incipiente y los testimonios –casi exclusivamente de España– son una deuda que los profesionales podríamos ayudar a saldar por medio de nuestro aliento a su producción e interés por aprender de ellos. Tal vez podamos colaborar en que las producciones no necesiten ser anónimas –como tantas referenciadas en este trabajo. Este podría ser un indicador de que estas narrativas hubieran sido un aporte para disminuir el estigma que pesa sobre quienes tienen trastornos mentales y que los profesionales hubiéramos contribuido a dicha causa ■

Referencias bibliográficas

1. Leete E. How I perceive and manage my illness. *Schizophr Bull* 1989; 15 (2): 197-200.
2. Schizophrenia Bulletin Editors. First person accounts. *Schizophr Bull* 1979; 5 (4): 631.
3. Hornstein GA. Bibliography of first-person narratives of madness in English [Internet]. 2011. Available from: http://www.gailhornstein.com/files/Bibliography_of_First_Person_Narratives_of_Madness_5th_edition.pdf.
4. Karlsson LB, Malmqvist A. First person account. "Poetry in Yarn" - Making sense of life experiences in the shadow of schizophrenia. *Schizophr Bull* 2013; 39 (4): 732-6.
5. Nagel T. What is it like to be a bat? *Philosophical Rev* 1974; 83 (4): 435-50.
6. Strauss JS. Subjective experiences of schizophrenia: Toward a new dynamic psychiatry-II. *Schizophr Bull* 1989; 15 (2): 179-87.
7. Agrest M. La participación de los usuarios en los servicios de Salud Mental. *Vertex* 2011; 22 (100), 409-18.
8. Davidson L. Us and them. *Psychiatr Serv* 2001; (52) 12, 1579-80.
9. Altenberger I, Mackay R. What matters with personal narratives? Scotland: Robert Gordon University; 2008.
10. Loveland D, Randall KW, Corrigan PW. Research methods for exploring and assessing recovery. En: Ralph R, Corrigan P, editors. *Recovery in Mental Illness* (pp. 19-59). Washington, DC: American Psychological Association; 2005.
11. Freud S. Sobre un caso de paranoia descrito autobiográficamente. Obras Completas. Tomo XII. Buenos Aires: Amorrortu; 1980.
12. Anonymous. First person account: The problem of living with schizophrenia. *Schizophr Bull* 1981; 7 (1): 196-7.
13. Deegan P. Recovery: The lived experience of rehabilitation. *Psychosocial Rehab J* 1988; 11 (4): 11-9.
14. Houghton J. First person account: Maintaining mental health in a turbulent world. *Schizophr Bull* 1982; 8 (3): 548-53.
15. West C. First person account. Powerful choices: Peer support and individualized medication self-determination. *Schizophr Bull* 2011; 37(3): 445-50.
16. Anthony W. Recovery from Mental Illness: The Guiding Vision of the Mental Health Service System in the 1990s. *Psychosocial Rehab J* 1993; 16 (4): 11-23.
17. Cohen BMZ. Mental health user narratives. New perspectives on illness and recovery. New York, NY: Palgrave Macmillan; 2008.
18. Davidson L, Sells D, Sangster S, O'Connell M. Qualitative studies of recovery: what can we learn from the person? En: Ralph R, Corrigan P, editors. *Recovery in mental illness*. Washington, DC: American Psychological Association; 2005. p. 147-70.
19. Ralph R, Corrigan P. *Recovery in mental illness: broadening our understanding of wellness*. Washington, DC: American Psychological Association.
20. Reina A. First person account: Faith within atheism. *Schizophr Bull* 2014; 40 (4): 719-20.
21. Kleinman A. *What really matters*. New York, NY: Oxford University Press; 2006.
22. Kleinman A. *Illness narratives. Suffering, healing and the human condition*. New York, NY: Basic Books; 1988.
23. Gergen K. *Realities and relationships: soundings in social constructionism*. Harvard: Harvard University Press; 1994.
24. Anderson H, Goolishian H. Human systems as linguistic systems: preliminary and evolving ideas about the implications for clinical theory. *Fam Process* 1988; 27 (4): 371-93.
25. Anonymous. First person account: after the funny farm. *Schizophr Bull* 1980; 6 (3): 544-7.
26. Bowden W. First person account: the onset of paranoia. *Schizophr Bull* 1993; 19 (1): 165-7.
27. Anonymous. First person account: the end of two roads. *Schizophr Bull* 1997; 23 (1): 163-4.
28. Agrest M, Stastny P. Apoyo de pares: experiencias y perspectivas internacionales. *Vertex* 2013; 24 (112): 410-6.
29. Ridgway P. Restorying psychiatric disability: learning from first person recovery narratives. *Psychiatr Rehab J* 2001; 24 (4): 335-43.
30. Shooter M. What my diagnosis means to me. *J Ment Health* 2010; 19(4): 366-8.
31. Vonnegut M. Personal Reflections on Diagnosis. *J Ment Health* 2010; 19 (4): 373-5.
32. Frese FJ. On the impact of being diagnosed with schizophrenia. *J Ment Health* 2010; 19 (4): 376-8.
33. Lovejoy M. Expectations and the recovery process. *Schizophr Bull* 1982; 8 (4): 605-9.
34. Peterson R. What are the needs of chronic mental patients? *Schizophr Bull* 1982; 8 (4): 610-6.
35. Anonymous. First person account: how I've managed chronic mental illness. *Schizophr Bull* 1989; 15 (4): 635-40.
36. Estroff S. Self, identity, and subjective experiences of schizophrenia: in search of the subject. *Schizophr Bull* 1989; 15 (2): 189-96.
37. Cruwys T, Guneseelan S. "Depression is who I am": mental illness identity, stigma and wellbeing. *J Affect Disord* 2016; 189: 36-42.
38. Goffman E. *Asylums: the social situation of mental patients and other inmates*. NY: Anchor Books; 1961.
39. Barrett RJ. Clinical writing and the documentary construction of schizophrenia. *Cult Med Psychiatry* 1988; 12, 265-99.
40. Frese FJ, Knight E, Saks E. Recovery from schizophrenia: with views of psychiatrists, psychologists and other diagnosed with this disorder. *Schizophr Bull* 2009; 35 (2): 370-80.
41. Pegg H. A Service User's Perspective - Further Reflections. [Internet]. 2003. Available from: <http://www.rcpsych.ac.uk/pdf/Hilary%20Pegg%201.11.03%20%20A%20Service%20Users%20Perspective%20%20Further%20Reflections.pdf>.
42. Basset T, Stickley T. *Voices of experience*. Oxford: Wiley-Blackwell Ed; 2010.
43. Borkman T. Experiential knowledge: a new concept for the analysis of self-help groups. *Soc Serv Rev* 1976; 50 (3): 445-56.
44. Adame AL, Knudson R. Beyond the counter-narrative: exploring alternative narratives of recovery from the psychiatric survivor movement. *Narrat Inq* 2007; 17 (2): 157-78.
45. Cohen P, Cohen J. The clinician's illusion. *Arch Gen Psych* 1984; 41: 1178-82.