

Universidad Andina Simón Bolívar

Sede Ecuador

Área de Letras

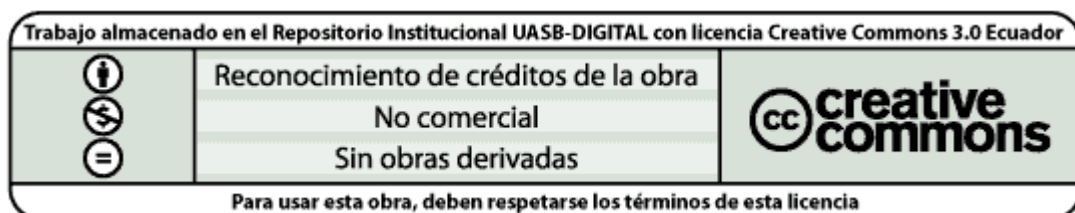
Programa de Maestría en Estudios de la Cultura

Mención Artes y Estudios Visuales

*Memorias en movimiento: testimonios corporales sobre marcas inscritas por  
el diagnóstico del “trastorno bipolar”*

Ana Lorena Campo Aráuz

2013



## **CLÁUSULA DE CESIÓN DE DERECHO DE PUBLICACION DE TESIS**

Yo, Ana Lorena Campo Aráuz, autora de la tesis intitulada *Memorias en movimiento: testimonios corporales sobre marcas inscritas por el diagnóstico del “trastorno bipolar”* mediante el presente documento dejo constancia de que la obra es de mi exclusiva autoría y producción, que la he elaborado para cumplir con uno de los requisitos previos para la obtención del título de magíster en la Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador.

1. Cedo a la Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador, los derechos exclusivos de reproducción, comunicación pública, distribución y divulgación, durante 36 meses a partir de mi graduación, pudiendo por lo tanto la Universidad utilizar y usar esta obra por cualquier medio conocido o por conocer, siempre y cuando no se lo haga para obtener beneficio económico. Esta autorización incluye la reproducción total o parcial en los formatos virtual, electrónico, digital, óptico, como usos en red local y en internet.

2. Declaro que en caso de presentarse cualquier reclamación de parte de terceros respecto de los derechos de autor/a de la obra antes referida, yo asumiré toda responsabilidad frente a terceros y a la Universidad.

3. En esta fecha entrego a la Secretaría General, el ejemplar respectivo y sus anexos en formato impreso y digital o electrónico.

Fecha:

Firma: Ana Lorena Campo Aráuz

Universidad Andina Simón Bolívar

Sede Ecuador

Área de Letras

Programa de Maestría en Estudios de la Cultura

Mención Artes y Estudios Visuales

*Memorias en movimiento: testimonios corporales sobre marcas inscritas por  
el diagnóstico del “trastorno bipolar”*

Ana Lorena Campo Aráuz

Tutor: José Juncosa Blasco

Quito, 2013

## **RESUMEN**

Los diagnósticos clínicos de “trastornos mentales” son categorías que aparecen dentro de un contexto particular, por lo que están cargados de significados y atravesado por una economía política del deseo. De tal manera, el diagnóstico puede marcar a las personas que los portan. Con esta premisa y desde un enfoque de los Estudios de la Cultura, esta investigación busca analizar las formas en que los sujetos diagnosticados con trastorno mental experimentan dicha marca y las narrativas que emergen de tal experiencia. En este estudio se presentan tres narraciones de personas diagnosticadas con trastorno bipolar, considerando que esta última es una categoría problemática, conectada con el ámbito social, médico, familiar, farmacológico y demás. Más que un trastorno, el estado bipolar expresa la complejidad humana, que ha sido marcada psiquiátricamente como una falencia. De ahí la importancia de registrar la manera en que estas experiencias se inscriben en la memoria de las participantes, a partir de su bitácora testimonial oral y corporal/ visual/emocional, que incorpora movimientos dancísticos para el registro visual.

## Dedicatoria

*A L.U., L.S. y B.S. por sus cartografías testimoniales y reflexiones alquímicas.*

## CONTENIDO

<b>CAPÍTULO PRIMERO</b>	23
<b>CARTOGRAFÍA MACROPOLÍTICA DE LAS MARCAS DEL DIAGNÓSTICO DEL “TRASTORNO BIPOLAR”</b>	23
<b>1.1. PRESENTACIÓN DE HISTORIAS DESDE LA VIDA</b>	23
<b>1.1.2. LAS MANOS DE LA INSTITUCIÓN PSIQUIÁTRICA TOMAN MIS SEÑALES DE DIFERENCIA</b>	35
<b>1.1.3. EL DIAGNÓSTICO ME MARCA. ¿SOY BIPOLAR! ¿BIPOLAR?</b>	49
<b>CAPÍTULO SEGUNDO</b>	66
<b>BITÁCORA CORPORAL: MEMORIAS EN MOVIMIENTO</b>	66
<b>2.1. EL CUERPO COMO CONDUCTOR DE CONOCIMIENTO</b>	67
<b>2.2. BITÁCORA CORPORAL. LA POTENCIA CREATIVA DE CUERPOS MARCADOS/SINGULARIZADOS</b>	75
<b>2.2.1. BITÁCORA CORPORAL COMO DANZA CREATIVA</b>	80
<b>2.2.2. MIRAR-SE COMO FUNCIÓN TÁCTIL DEL CONOCIMIENTO</b>	85
<b>LA ALQUIMIA: GIROS Y APERTURA A LA TRANSFORMACIÓN DE LA CARTOGRAFÍA INICIADA (CONCLUSIONES)</b>	93
<b>BIBLIOGRAFÍA</b>	96

### Lista de Anexos

**Anexo 1. Video bitácora corporal**

**Anexo 2. Consentimiento informado**

**Anexo 3. Registro fotográfico preparación bitácora corporal**

**Anexo 4. Registro fotográfico colaborativo**

## PRELUDIO

*Uno te ilumina con su ardor, otro pone en ti su duelo, ¡Naturaleza! Lo que a uno dice: ¡Sepultura!, dice a otro: ¡Vida y esplendor!*<sup>1</sup> Así inicia uno de los poemas de Baudelaire en el que nos muestra la dualidad de la vida, en este caso, exenta de marcas psicopatológicas, pero que presenta el dolor implicado en la naturaleza sensible del poeta en medio de su creación. Son contradicciones de la existencia humana y no necesariamente patológicas. De ahí podría desprenderse que más que un trastorno, el estado bipolar expresa la complejidad humana, que ha sido marcada psiquiátricamente como una falencia. Y como humana condición, ésta puede transformarse en espacio reflexivo y de enriquecimiento para las propias personas que lo “sufren”. De ahí la importancia de trabajar, desde los Estudios de la Cultura y el arte visual, la forma en que estas experiencias se inscriben en la memoria de los sujetos, a partir de un registro que incorpora los movimientos dancísticos como estímulos para generar testimonios<sup>2</sup> corporales integrados a los verbales. Al final de la investigación aparece la capacidad alquímica de este tipo de reflexión, pues tanto la investigadora como las participantes transformaron ciertos supuestos iniciales sobre la marcación del diagnóstico del trastorno bipolar.

Del mismo modo, la experiencia que nos ofrece el cuerpo ha sido descartada como fuente de conocimiento científico racional, sin embargo, es fuente de expresión y memoria. Con esta premisa, se ha investigado las formas en que algunos sujetos marcados con el

---

<sup>1</sup> Charles Baudelaire, “Alquimia del dolor” en *Las Flores del mal*, Edimat, Madrid, 1998, p. 163

<sup>2</sup> Para Beverly el testimonio es una narración contada en primera persona gramatical por un narrador que es a la vez el protagonista (o el testigo) de su propio relato. Su unidad narrativa suele ser una “vida” o una vivencia particularmente significativa (situación laboral, militancia política, encarcelamiento, etc.). El testimonio es uno de los modos personales de narrar la memoria. En John Beverly, “Anatomía del testimonio”, Institute for the Study of Ideologies and Literature, Minneapolis, 1987

trastorno bipolar presentan una cartografía<sup>3</sup> corporal de experiencias, como consecuencia de dicho diagnóstico. En este trabajo, el trastorno mental es considerado como categoría, por demás problemática, que incide directamente en las vidas de aquellas personas que deben vivir con un “tratamiento adecuado”, desde el ámbito social, médico, familiar, farmacológico entre otros. Por ende, la presente tesis parte del precepto de que no existen maneras de ser normales o anormales en el mundo pues todo está atravesado por la cuestión micropolítica, que implica “cómo reproducimos los modos de subjetivación dominantes”<sup>4</sup>.

De tal modo, esta investigación interroga sobre las maneras en que el diagnóstico del “trastorno bipolar” contribuye al proceso de marcación del sujeto. Como primera y sustancial inferencia se considera que a partir del diagnóstico del “trastorno” mental bipolar se dejan huellas de *otredad* en la memoria de los sujetos capaces de testimoniarlas, tanto verbal como corporalmente, a través del movimiento incitado por elementos dancísticos básicos. Del mismo modo, al revisar el desarrollo de la investigación y las conclusiones de la misma es posible señalar que también deja huellas de memoria y que son testimoniadas. Cabe recalcar que esta tesis se hace eco de la práctica dancística porque asume el sujeto y el cuerpo como realidades mutuamente integradas, de tal manera que el sujeto es su cuerpo y viceversa. Así, desde el criterio metodológico manejado, la danza interviene como un eje de generación y registro audiovisual de testimonios sobre la concepción de los sujetos marcados por el mencionado trastorno.

---

<sup>3</sup> Esta postura es clave para la elaboración de este trabajo de tesis: para Suely Rolnik, “la cartografía -a diferencia del mapa, que es una representación de un todo estático- es un diseño que acompaña y se hace al mismo tiempo que los movimientos de transformación del paisaje”. En: *Cartografía Sentimental: transformaciones contemporáneas del deseo*, Estação Liberdade de Sao Paulo 1989, Cap. VII.

<sup>4</sup>Suely Rolnik, y Félix Guattari, *Micropolítica. Cartografía del deseo*, Petrópolis, Vozes, 2005, p. 144



El interés en el tema surge desde mi práctica profesional como psicoterapeuta y antropóloga, espacios que me confrontan con la verbalización de esos cuerpos marcados y silenciados por el estigma del trastorno mental. La presunción de que la danza más elemental permite la expresión testimonial en los sujetos se conecta con mi experiencia como bailarina. Por tanto, la investigación, además, exige garantizar la construcción de un espacio de interlocución que haga posible reflexionar sobre los límites de la comunicación intersubjetiva preponderantemente verbal que reafirma un sistema de subjetivación dominante. Por ello, la tesis explora, a través de la danza (arte poco trabajado en estudios académicos si se compara con otros como la pintura por ejemplo), los testimonios de personas marginalizadas por el diagnóstico mental, parte de aquellos también concebidos como marginales: sus cuerpos en movimiento.

En este sentido, trabajar desde tal enfoque con testimonios de personas con diagnóstico de trastorno mental revaloriza el autorrelato de quienes “normalmente” no constituirían la población que está en pleno uso de sus facultades. La categoría “trastorno mental” en el presente trabajo es aquella establecida y empleada por los diversos grupos de trabajo y manuales psiquiátricos en los que no se considera al mismo como término exacto, sino para referir a un conjunto de signos y síntomas que en la mayoría de casos se asocian con el malestar. Y como dicha condición clínica alude a la dificultad para autogestionarse, entra en debate la capacidad del diagnosticado con el trastorno mental para contar y reflexionar acerca de sus propias experiencias.

En este aspecto reconozco dos textos relevantes. El primero, *Internados* de Erving Goffman (2001) que aborda, desde una mirada sociológica, la situación social de los enfermos mentales en la institución psiquiátrica. Y el segundo, *Yo, Pierre Rivière, habiendo*

*degollado a mi madre, a mi hermana y a mi hermano*, de Michel Foucault (1973), que reconstruye la motivación de un hecho parricida a partir de distintos relatos, especialmente del testimonio escrito del propio Rivière en la cárcel. En el primer caso, no obstante el indudable aporte del destacado autor, su mirada aún contempla que los enfermos mentales (desde la asignación misma como enfermos) están imposibilitados de dar cuenta de sus actos, por lo que la institución psiquiátrica y el sociólogo están en mejor capacidad de hablar por ellos. En el segundo caso, es el testimonio del mismo “trastornado” el que ocupa el centro de atención y sobre el que gira el contenido del texto. La relación hecho, texto y memoria presentada por Foucault inspira en mucho a esta tesis. Dicha relación implica una apropiación cultural del testimonio que se reconstruye según el autor que lo reinterprete: el fiscal, el psiquiatra, el periodista y el público que se distancian un poco de la explicación original del protagonista sobre su acto criminal.

En ambos textos se observa la omnipresencia institucional: psiquiátrica y de justicia (a Rivière, el organismo legal le incita a la escritura de su testimonio para así poder castigarlo). Es así como resalta la interrogante sobre “¿qué especie de diferencia permite que el portador de sufrimiento o trastorno mental pueda ser visto solamente como objeto y no como sujeto de derechos?”<sup>5</sup>. De ahí que la investigación tenga un abordaje desde los Estudios de la Cultura y no desde una visión clínica. Se trata, sin duda, de un tema de dignidad humana, pero también sugiere el tratamiento social y cultural de un estado emocional determinado, el cual va codificando aquella diferencia, tanto que, incluso el sujeto se empodera del mismo. El tema sugiere que el diagnóstico, construcción cultural e histórica de lo que se considera normal versus lo anormal, deja una marca en el sujeto (en

---

<sup>5</sup>Virgílio De Matos, *Crime e Psiquiatria: uma saída: preliminares para a desconstrução das medidas de segurança*, Rio de Janeiro, Revan, 2006, p.18

su cuerpo, sus afectos). A partir de ello, se puede asegurar que la persona diagnosticada va marcando una cartografía particularizada y susceptible de transformación sobre ese rótulo psiquiátrico; juega con él y lo reconstruye, lo cual es posible narrar desde el uso de distintos recursos, como en el caso del producto visual que se anexa a esta investigación.

Por otro lado, para Goffman, “los pacientes mentales son personas que han provocado en el mundo exterior un tipo determinado de desorden, que indujo a otras –física si no socialmente cercanas- a entablarles juicio de insania”.<sup>6</sup> Esto es lo que conlleva el estigma, que se cierne sobre el sujeto cuando “dejamos de verlo como una persona total y corriente para reducirlo a un ser inficionado y menospreciado”.<sup>7</sup> Condición que estigmatiza también la credibilidad del testimonio vertido por el “enfermo mental”. Por tal motivo, esta tesis trabaja, precisamente, desde ese lugar desacreditado aunque, por supuesto, la diferencia consista en que los sujetos que participaron de esta investigación no permanecen internalizados, aunque tengan experiencia previa de esa situación. Como en el caso Pierre Rivieré, los/as “diagnosticados/as” también pueden relatar los sentidos alrededor de sus actos. Sin embargo, en la presente tesis se evita colocar esa narración en un sitio marginal, sino que se le otorga la categoría de interpretación válida, solo que desde otro lugar de enunciación, complementario del teórico y académico.

A diferencia de ésta, en una investigación pasada trabajé con testimonios de hombres y mujeres internalizados por padecer del mal de Hansen (lepra). Similar a la búsqueda de Goffman, el estudio indagaba las maneras en que los sujetos se adaptaban a su nueva vida de internos, construyendo nuevas subjetividades alrededor de los procesos de

---

<sup>6</sup> Erving Goffman, *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*, Amorrortu, Buenos Aires, 2001, p. 301

<sup>7</sup> Erving Goffman, *La identidad deteriorada*. Amorrortu, 1ª edición, 10ª reimpresión. Buenos Aires, Argentina. 2006, p. 12

pérdida por quienes fueron antes del reconocimiento de la enfermedad<sup>8</sup>. En la actual investigación, se pretende testimoniar la influencia del diagnóstico de un trastorno mental en la construcción permanente de la relación del sujeto con su realidad. Además, en esta ocasión, los sujetos viven fuera de la internación, aunque bajo el tratamiento asistido por la institución psiquiátrica.

Las experiencias exploradas en esta investigación son de personas diagnosticadas con el trastorno bipolar.<sup>9</sup> Se escogió este tipo de diagnóstico debido a que me llama la atención la creciente consulta psicológica de personas identificadas con dicho trastorno. Se trata de un trastorno en debate ya sea porque se pone en duda su existencia o se aduce debilidad en el diagnóstico. Algunos investigadores aseguran que se trata de un trastorno sobre diagnosticado, porque la bipolaridad “comparte algunas características con otras enfermedades psiquiátricas, porque los médicos suelen diagnosticar trastornos con cuyos tratamientos se sienten más cómodos”.<sup>10</sup> Vale decir que muchos seres humanos serían objeto de un tratamiento inadecuado. Esto es importante, puesto que según datos del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC), en el 2011 se atendieron 2.462 casos de trastornos del humor (afectivos), en los hospitales del Ecuador,<sup>11</sup> por lo que se advierte que en el país también es significativo el diagnóstico de este tipo de trastornos.

---

<sup>8</sup> Lorena Campo, *Despedirse de uno mismo. Pérdida y duelo en enfermedades estigmatizantes. El caso de personas con Hansen*, Quito, Abya Yala, 2012

<sup>9</sup> El trastorno bipolar corresponde al grupo de malestares psíquicos clínicos del estado del ánimo. Según la Sociedad Española de Psiquiatría (2007) éste solía conocerse como trastorno maniaco depresivo. Como el antiguo nombre sugiere, alguien con trastorno bipolar tendrá severos cambios del estado de ánimo. Estos cambios duran normalmente varias semanas o meses y van más allá de lo que la mayoría de nosotros experimenta.

<sup>10</sup> Journal of Clinical Psychiatry, “El trastorno bipolar está sobre diagnosticado”, *Noticias Intramed*, 18 agosto 2009 en [www.intramed.net](http://www.intramed.net)

<sup>11</sup> La fuente es el anuario de estadísticas hospitalarias en camas y egresos de dicho año

Partiendo de lo planteado arriba, considero que el uso social de esta tesis consiste en contribuir al reconocimiento y visibilidad de la expresión reflexiva de personas marcadas por un diagnóstico psicopatológico. A la vez, pretendo abrir un campo poco explorado para contribuir a la comprensión de relaciones más integrales y complejas entre la salud mental y la cultura. En este caso, se ha encontrado que se da por hecho que las personas diagnosticadas con un trastorno mental, especialmente el bipolar, necesariamente pasan a ser responsabilidad del ámbito psiquiátrico y con escasa posibilidad de reflexionar sobre su propia condición. Es por ello que el trabajo de co-labor entre las participantes y la investigadora (doble registro) establece un nivel reflexivo desde las mismas personas diagnosticadas con dicho trastorno sobre la forma en que la designación social de una conducta distinta a la considerada “normal” influye en la percepción de sí mismas y por ende en la relación con su entorno. Asimismo, el doble registro interpretativo permite incorporar a las protagonistas en el proceso de mejoramiento de su calidad de vida, porque el sentido de portar aquella etiqueta psicopatológica se va transformando a lo largo de la investigación, dando cuenta de la capacidad sanadora del juego creativo del arte (danza).

Por último, es importante señalar dos aportes académicos de la investigación, el primero de los cuales radica en que, al explorar fenómenos subjetivos inscritos en ciertas expresiones corporales, trazamos una crítica a ciertos patrones civilizatorios, tales como la epistemología descorporalizada y las relaciones intersubjetivas marcadas por lo estrictamente verbal. En segundo lugar, se presenta un espacio de reflexión mutua acerca de los testimonios de personas con trastorno bipolar (entre éstas y la Academia), sobre cómo el diagnóstico contribuye a la construcción de su subjetivación.

Por ende, la investigación busca, por un lado, a través de la exploración de los dispositivos corporales en tres casos específicos de memoria testimonial, rastrear cómo el diagnóstico psicopatológico marca, participa del proceso de subjetivación e instituye una alteridad subalternizada a los sujetos clasificados con trastorno bipolar. Esto se vincula a la noción de que el sujeto, en la vivencia corporal, está entrelazado a una economía del deseo socialmente instituida. Es decir, que las micropolíticas reproducen modos de subjetivación dominantes. En consecuencia, es indispensable registrar estos testimonios sobre algunas de las implicaciones del diagnóstico psicopatológico dentro del proceso del sujeto en la comprensión de sí mismo y su lugar en el mundo.

Por otro lado, la investigación registra los testimonios de personas diagnosticadas con “trastorno bipolar” partiendo del cuerpo como lenguaje en la danza y movimientos corporales, según la modalidad de registro visual. Ninguna de las personas que participa en la investigación es especialista del arte visual, ni de la danza, sino que emplearon estos recursos como mecanismos de generación y registro de memoria, de sus testimonios. El interrogante que articuló esta parte de la tesis es: ¿de qué modo el cuerpo guarda memoria y es capaz de testimoniar las huellas de la experiencia de ser marcado como portador del trastorno bipolar, junto al testimonio verbal, a través del movimiento, específicamente de la danza? La respuesta hipotética es que el cuerpo expresa memoria a través del movimiento que emerge desde las experiencias “bipolares” inscritas. Esto implica que tales movimientos propuestos como narrativa son a la vez un registro de memoria de las micropolíticas, así como experiencias de textualidad que no ponen entre paréntesis el cuerpo.

A partir de estos recursos, la investigación propone, desde un enfoque interdisciplinario propio de los estudios culturales, y asumido por la práctica profesional de la investigadora, la articulación entre la antropología del cuerpo, la subjetivación psicosocial y la metodología dancística. Este corpus conceptual y metodológico se construye bajo la consideración de que los criterios diagnósticos inciden en la subjetivación de la corporeidad. Dicho proceso no es solo internalizado por el sujeto (individualmente), sino que se inscribe dentro de un marco social y político sobre el cuerpo de aquellas personas consideradas como el “otro”. Se trata de un proceso subjetivante que aparece en medio de un sistema discursivo reproducido en micro espacios, como los cuerpos.

La intención interdisciplinar de este trabajo implica que, más allá del empleo de ejes teóricos y metodológicos de distintas disciplinas (danza, psicología, antropología), se llegue a lo planteado por Roland Barthes (1894, 1971): la construcción de un objeto de conocimiento nuevo, sin pertenencia disciplinar.<sup>12</sup> Por consiguiente, las *memorias en movimiento de personas marcadas por el diagnóstico del trastorno bipolar* refieren a un objeto fuera de la exclusividad disciplinaria y que, sin embargo, se sirve de muchas destrezas reflexivas y aplicadas disciplinariamente. Que sean memorias en movimiento implica, por un lado, la imagen que se tiene del vaivén emocional de la bipolaridad y que se muestra en los antagónicos modos de las protagonistas de mostrar la marca del diagnóstico; y por otro, que la tesis está elaborada con un importante material audiovisual, en el que el cuerpo se expresa frente a los testimonios y los reconstruye.

---

<sup>12</sup> M. Bal, “El esencialismo visual y el objeto de los Estudios Visuales” En: *Estudios Visuales* No. 2, Dic-2004, p.14

Por tal razón, dentro de los estudios de la cultura, son los estudios visuales los que aportan con argumentos analíticos para este tipo de investigaciones. Porque éstos son “estudios orientados al análisis y desmantelamiento crítico de todo el proceso de articulación social y cognitiva (...), son estudios sobre la producción de significado cultural a través de la visualidad”.<sup>13</sup> Como tales, suponen un escenario conflictivo en cuanto a la representación, en este caso, de los testimonios en movimiento, porque en un documento académico podemos correr el riesgo de mostrar una mirada objetivante. Pero, al mismo, al ser un espacio conflictivo, también presenta la posibilidad de evidenciar representaciones contra hegemónicas al dar cuenta de multiplicidad de sentidos en torno a las memorias vertidas.

Siguiendo esta propuesta, fue necesario contemplar tres ejes bibliográficos. El primero alude al cuerpo como espacio de subjetivación, especialmente en cuerpos marcados por la “otredad”. En este sentido, junto a los mencionados autores, Guattari (2005), Foucault (1973) y Goffman (2001), es relevante la lectura analítica de los estudios socio antropológicos del cuerpo de David Le Breton (1995, 1999, 2002 y 2007). Este eje permite entender la manera en que los discursos de marcación del diagnóstico del trastorno mental influyen en la percepción de las personas sobre sí mismas y el mundo. Para ello es importante el texto básico de esta investigación: *Micropolítica. Cartografía del deseo*, de Suely Rolnik y Félix Guattari (2005), pues propone un análisis extensivo sobre el problema de la subjetivación, un punto nuclear de la presente tesis. Según estos dos autores, la cuestión micro política es la de cómo reproducimos los modos de subjetivación

---

<sup>13</sup> José Luis Brea, *Los estudios visuales: por una epistemología política de la visualidad*, en <http://www.joseluisbrea.net/articulos/lostudiosvisuales.htm>



dominantes, lo que permite analizar la manera en que estas experiencias se inscriben en la memoria de los cuerpos de estos sujetos.

El segundo eje es teórico, pero principalmente metodológico: la memoria. Para ello es imprescindible la conceptualización de Paul Ricoeur acerca de los elementos contingentes y selectivos en su texto *La memoria, la historia, el olvido* (2003). Es así como se considera que el campo de la memoria y el recuerdo son construidos desde la representación presente. En la tesis, esta visión de representación de la memoria, en el caso del registro visual y corporal, evidencia la manera en que los sujetos conciben su propio proceso de subjetividad, vinculado al diagnóstico de un “trastorno mental”. Esto se vincula con la noción de cartografía de la misma Rolnik, pues la memoria del testimonio, junto al arte, puede entenderse como espacio contingente del cual emerge un recuerdo que ordena transitoriamente las experiencias vividas y les otorga sentido en el presente. Si bien no se encuentra bibliografía explícita sobre el tema tratado aquí, hay dos investigaciones latinoamericanas que sirven de antecedentes: el ya citado *Despedirse de uno mismo...*, de mi autoría, y la tesis de maestría de Viviane Monteiro Santana, *Violación de la Dignidad de los Enfermos Mentales en Brasil* (2011). Ambos exploran el método de narrativas y testimonios en personas estigmatizadas con padecimientos crónicos.

Y el tercer eje invoca un vínculo privilegiado con el arte como acto creativo, evidenciado especialmente en la danza. Por ello se considera a varios autores como Terry Eagleton (2006) y Hal Foster (2006), y sus aportes sobre la relación entre arte y psicoanálisis; así como la triada Suely Rolnik (1989, 2001), Gilles Deleuze (2007) y Donal Winnicott (1982). Este último, psicoanalista británico, formula algunos postulados relevantes, como el objeto transicional, el cual es empleado por la artista Lygia Clark para construir su obra y

que luego es analizada por Suely Rolnik en “El arte cura” (2001). Rolnik desarrolla la concepción de Winnicott sobre la relación entre creatividad, la condición de estar vivos y el arte. Rolnik también aporta con el concepto de *cuerpo vibrátil* o micro percepción, que es la capacidad de los órganos de los sentidos de dejarse afectar por la alteridad, e indica que es todo el cuerpo el que tiene tal poder de vibración con las fuerzas del mundo (Rolnik, 2007). Se disuelven aquí las figuras de sujeto y objeto y, con ellas, aquello que separa el cuerpo del mundo. Es decir, hay una narrativa constante de cuerpos emotivos.

Del mismo modo, Deleuze en *Pintura. El concepto de diagrama* (2007) contribuye al análisis del arte como espacios narrativos que parten desde lo caótico hasta la presentación de un lenguaje más legible: la obra de arte. A la par, me abrió el camino para redescubrir a Baruch Spinoza y la afectación de los cuerpos en relación a las pasiones y el conocimiento, evocando la propuesta nietzscheana sobre la voluntad de saber como voluntad de vida<sup>14</sup>. En tanto que la bibliografía sobre técnicas dancísticas para estimular la memoria corporal es casi inexistente, el cubano Ramiro Guerra aporta con un ensayo sobre algunas discusiones fundamentales acerca de la concepción de la danza como manifestación cultural y producción escénica. Básicamente, la relación de danza y testimonio está vinculada a los conceptos, autores y textos señalados anteriormente.

Adicionalmente a los ejes teóricos la investigación se guió por coordenadas metodológicas registradas gracias a la siguiente pregunta (desprendida de la interrogante central): ¿de qué manera emergen y testimonian las huellas de un proceso de marcación del

---

<sup>14</sup> A lo largo de esta tesis se aludirá a este tipo de nociones, ligadas a la contingencia, recreación, diagrama y cartografía de la realidad, reflejada en la manera en que se registran y presentan los testimonios. Algo que también aparece entre los formalistas rusos al hablar del “arte como artificio”, en el que el acto creador irrumpe en medio de esa inconsciencia y presenta una sucesión de imágenes que reemplazan a la cotidianidad por un artificio que llama a la conciencia de esa realidad (Shklovski).

cuerpo a partir del diagnóstico de un “trastorno mental”? En concordancia, se considera que el cuerpo guarda memoria y es capaz de testimoniar las huellas de experiencias, incluso sin recurrir a las palabras, a través del movimiento, específicamente de la danza. Este movimiento estimula el registro de memoria de las micropolíticas del deseo. El arte dancístico evidencia, más que cualquier otro, la integración del cuerpo en movimiento del sujeto, por ello es el mecanismo empleado como dispositivo de emergencia y expresión del testimonio y como recurso terapéutico (pese a no ser un objetivo directo de la tesis). La danza cura y de eso pueden dar cuenta los testimonios que aparecen en las conclusiones.

Por tal motivo, se puso en diálogo los espacios reflexivos y metodológicos de la investigadora: la antropología, la psicología clínica y la práctica de dancística. Esto se entrelaza, en el registro de memoria, a través de entrevistas que generan *historias desde la vida*<sup>15</sup> a 3 personas diagnosticadas con el “trastorno bipolar”. Los testimonios fueron verbalizados y luego explorados con el cuerpo en movimiento, con la danza a manera de performance de las mismas entrevistadas (anexo 1). La investigación tuvo lugar en la ciudad de Quito, entre los meses de junio a octubre del 2013.

Cabe mencionar que inicialmente se contemplaba considerar dos historias desde la vida, por ello el título de la tesis aludía claramente a los testimonios de dos mujeres que se ofrecieron voluntariamente a colaborar con la investigación a quienes conocí en el trabajo psicoterapéutico que realizo con ellas desde hace un tiempo. La unidad de análisis consiste de personas diagnosticadas con trastorno bipolar. Se emplearon 3 casos significativos que manifiestan con intensidad lo que se investiga. Lamentablemente, una de ellas sufrió varios quebrantos de salud y crisis emocionales en los meses iniciales de la investigación, lo que

---

<sup>15</sup> Patricio Guerrero establece la diferencia de la historia de vida (desde una perspectiva externa) e historia desde la vida (perspectiva interna de las personas que vivencian el dolor que narran). En *Corazonar. Una antropología comprometida con la vida*, Abya Yala, Quito, 2010

hizo tambalear su participación en la misma. En aquel tiempo, me fue presentada la tercera persona diagnosticada con el trastorno bipolar, que inicialmente sustituiría a la segunda en cuestión. No obstante, esta última mostró mejoría y sus crisis desaparecieron al final del proceso de registro y, debido a ello, el número de testimonios, finalmente, ascendió a 3. Así, contamos con personas de 24, 40 y 60 años de edad con sus historias desde la vida. L.S. (40 años), B.S. (24 años) y L.U. (60 años).

Esta situación dio paso a la reformulación y reconsideración de algunos aspectos a lo largo del trabajo investigativo, por la posible inestabilidad de los factores con los que al inicio cuenta la/el investigador/a y que deben ser enfrentados ágilmente. De todos modos, este “movimiento”, también en el número de casos contemplados, enriqueció la investigación. Además, en los capítulos desplegados a continuación se podrá vislumbrar los aparentes efectos positivos de la participación de las narradoras. Al mismo tiempo, los hallazgos movilizaron y removieron algunas suposiciones preliminares de la investigación.

Más allá de estas precisiones, es pertinente señalar que la investigación es de tipo cualitativo y se hizo básicamente en trabajo de campo, sustentada en el corpus teórico arriba mencionado. Se empleó la técnica fundamental etnográfica constituida por la observación participante, puesto que la investigadora conoce a las personas entrevistadas desde el espacio psicoterapéutico. Sin embargo, en la segunda parte de la investigación se usó una observación indirecta, en la que se analiza los testimonios expuestos por las entrevistadas. Al lado de estos elementos, se implementó un doble registro constituido, primero, por las reflexiones de las participantes sobre su propio proceso y, luego por la bitácora de la investigadora. Participantes e investigadora, cada una a su vez, pusieron en juego sus propios tejidos de sentido frente a la problemática indagada, según los requerimientos del trabajo en co-labor. Pero también, las personas diagnosticadas fueron

incluidas y puestas en contacto con la construcción de las relaciones conceptuales que la investigadora generaba a través de su trabajo de tesis.

Los testimonios emergieron inicialmente de entrevistas semi estructuradas con preguntas guías, de carácter abierto; luego, en una segunda instancia, los testimonios fueron más libres mediante el uso de dispositivos corporales, como el movimiento dancístico, que sirve de estímulo para expresar sus testimonios. El dispositivo dancístico y las nociones de auto registro de la propia experiencia fueron expuestos por la propia investigadora para la apropiación y uso de las personas participantes en la investigación, se acuerdo al criterio metodológico de co-labor. Durante 4 semanas nos reunimos con cada una de ellas para desplegar el instrumento dancístico con movimientos guiados y, luego, libres. Procuré ser lo menos directiva posible en esta parte de la exposición del dispositivo de movimientos dancísticos, para evitar intervenir en los testimonios corporales posteriores. Incluso, en una de estas sesiones iniciales, una de las participantes me registró fotográficamente mientras le mostraba algunos elementos del movimiento corporal (anexo 5). En este proceso, las 3 mujeres solicitaron conocerse entre ellas. Ésta fue otra modificación a la metodología planteada, introducida por las mismas participantes.

Por supuesto, se conserva la prerrogativa de protección a la identidad e información constante sobre la elaboración de esta tesis. Las 3 mujeres se conocieron y esa reunión formó parte tanto del plano analítico en cada caso, como de la relación conceptual al construir este documento. Posteriormente, seguí el planteamiento inicial y las personas escucharon sus testimonios y con los insumos elementales de movimientos dancísticos entregados por la investigadora, emitieron testimonios que integran su cuerpo a la narración de experiencias. Dichas memorias corporales se filmaron bajo consentimiento informado y correspondiente autorización documentada de los participantes (anexo 3). Lo mismo se

aplica para el registro en audio de las entrevistas. Cada una de ellas escogió una fecha y lugar específicos para desplegar su testimonio corporal, filmado y editado gracias a la colaboración del artista visual David Jara. A la par, grabé con mi cámara casera algunas escenas para ser trabajadas posteriormente con ellas y en la reflexión para el documento escrito. Sus reflexiones se verán más claramente establecidas en las conclusiones, que he preferido separar por autora para no perder la riqueza del procesamiento de información.

Bajo este lineamiento, en el siguiente acercamiento a los testimonios se conversó con ellas acerca de sus experiencias como sujetos atravesados por el diagnóstico psíquico - clínico. Es decir, las participantes reflexionaron sobre el registro de las huellas del diagnóstico que se marcan en el cuerpo y el proceso vivido dentro de esta investigación. Pudieron escuchar y observar tanto sus propios registros en audio y video como el de sus compañeras. Esto da cuenta de una investigación con diseño narrativo y, de acuerdo a ello, el contenido de los registros se convierte en material estructurante de comprensión del fenómeno explorado, por lo que debo dar cuenta de por qué recurro sólo a tres casos pues del carácter restringido de la muestra se podría inferir inconsistencia en las conclusiones. Al respecto, señalo dos argumentos desde la perspectiva de la investigación cualitativa: el primero, proveniente de la tradición psicoanalítica; el segundo, de la tradición etnográfica crítica latinoamericana.

El primer argumento, propio de la tradición clínica psicoanalítica, presentada por Sigmund Freud en sus *Historiales Clínicos* (1925), según el cual reconoce las limitaciones deductivas del método expositivo de un solo caso clínico para tratar fenómenos generalizables. Sin embargo, el mismo Freud afirma que ningún caso puede contener todas las variaciones posibles, pero que deben ser expuestas para debatirlo posteriormente. Asimismo, al exponer el caso de paranoia sobre el doctor Schreber (1903), alude a la

importancia de la autobiografía como material para indagar la significación de estas memorias (escritas por el propio Schreber) en la transformación de la vida del sujeto. Por otro lado, el segundo argumento es el presentado por Rosana Guber (2004), antropóloga argentina, que favorece el criterio de la muestra significativa pues todo/as lo/as actores/as contactado/as son relevantes en el mundo social. Mientras que la muestra representativa es un criterio cuantitativo que corresponde a estratificar a los sujetos, según la importancia numérica establecida por los investigadores.

Al finalizar, se ha estructurado el trabajo en dos capítulos. En el primero se abordan las marcas del diagnóstico del trastorno bipolar mediante una cartografía de los testimonios verbales y los lugares de sentido encontrados, según un tratamiento que va desde el nivel molar (macro) al molecular (micro). Aquí se habla de la experiencia de esos cuerpos en la reproducción de la identidad social y la consiguiente singularización, que se expresan en los testimonios. Mientras que en el segundo capítulo se presenta la bitácora corporal y emocional de los testimonios dancísticos, con el correspondiente anexo visual en el que las participantes crearon y reflexionaron sus propias historias de inscripción del diagnóstico desde el movimiento testimonial. Aquí nos preguntamos si el trastorno mental puede verse como capacidad creadora y singularización. Al terminar, nos encontraremos las reflexiones de cada participante con el tema trabajado, a manera de conclusiones y las posibles interrogantes para despejarlas a futuro.

## **CAPÍTULO PRIMERO**

### **CARTOGRAFÍA MACROPOLÍTICA DE LAS MARCAS DEL DIAGNÓSTICO DEL “TRASTORNO BIPOLAR”**

Las construcciones molares (macro sociales) influyen directamente en las manifestaciones moleculares (micro subjetivas). En este capítulo se despliegan tres historias desde la vida alrededor del diagnóstico del trastorno bipolar. Primero, cada participante de la investigación narra su historia, a partir de las relaciones familiares y sociales previas al diagnóstico. Luego, cartografían testimonios sobre las señales de diferencia en su comportamiento que han generado preocupación en su entorno y las primeras vinculaciones con la institución psiquiátrica. Más adelante, el testimonio gira en torno al momento del diagnóstico y las perspectivas a partir de ello. Así, se observa cómo la identidad social se reproduce cuando alguien es llamado “bipolar”, pero al mismo tiempo ese discurso se singulariza en cada testimonio. En este capítulo, las palabras se sobreexponen para intentar expresar experiencias y sensaciones, que no siempre pueden y deben ser verbalizadas. A continuación, se exploran esas posibilidades dinámicas de las marcas diagnósticas en la vida de las protagonistas.

#### **1.1. PRESENTACIÓN DE HISTORIAS DESDE LA VIDA<sup>16</sup>**

Contar historias. En el momento de escribir estas líneas, a lo lejos, escucho música, algo que parece una ópera. Me hace pensar en que los seres humanos siempre contamos

---

<sup>16</sup> Fueron redactadas a partir de la transcripción de las entrevistas realizadas para este trabajo (Anexo 2). Si bien la selección de fragmentos y edición es mía, para construir un relato continuo y dentro del margen de espacio permitido, se ha respetado el uso del lenguaje y expresiones de las participantes. A lo largo de esta tesis, los testimonios serán presentados dentro del cuerpo del texto, evitando la modalidad de referencia o cita, pues su contenido es esencial para construir el enfoque de conocimiento que se pretende. Debido a que el trabajo es co-laborativo, sus elucidaciones forman parte de la cartografía general de la tesis, cuidando siempre de nombrar a las relatoras/autoras y las respectivas fechas del testimonio.



historias con todo lo que producimos. Narramos para ubicarnos, para describirnos, para justificarnos, para celebrar, para llorar,... para sentir que existimos. ¡Qué mejor si es la historia de nuestra vida! Es ésta la intención de explorar testimonios de vida, los cuales nos remiten a la memoria autobiográfica, que es “el espacio de intersección de la cognición humana, central para la construcción de la *identidad*”.<sup>17</sup> Lo que se cuenta en determinada ocasión es siempre germen de vida, pues está en transformación y crecimiento permanente. Así, los testimonios que se despliegan a continuación se forman de trazos de palabras sentidas por las tres participantes en el momento de realizar esta investigación.

Puente entre lo sentido y lo vivido, el testimonio supera el nivel de las “pruebas” irrefutables, evidenciando los diversos intereses y posturas que se presentan en un hecho determinado y marcado por la memoria. De ahí que Beatriz Sarlo trate el “giro subjetivo” en los estudios sociales, en cuanto “la historia oral y el testimonio han devuelto la confianza a esa primera persona que narra su vida (privada, pública, afectiva, política), para conservar el recuerdo o para reparar una identidad lastimada”.<sup>18</sup> Esta posibilidad narrativa expone tanto satisfacciones, como heridas.

En el caso de personas marcadas con el diagnóstico del trastorno bipolar, sus testimonios verbales constituyen una cartografía o trazado contingente de la experiencia de esos cuerpos en la reproducción de identidad social y la consiguiente singularización. En la primera, la identidad social, tenemos los criterios estandarizados para diagnosticar un trastorno mental y los estereotipos que generan. En la segunda instancia, la singularización, es provocada por la cartografía de testimonios particularizados, dentro de la vivencia de

---

<sup>17</sup> Eva Muchnik, *Envejecer en el Siglo XXI*, Buenos Aires, Lugar Editorial, 2006, p. 96

<sup>18</sup> Beatriz Sarlo, “Tiempo pasado”, en *Tiempo pasado. Cultura de la memoria y giro subjetivo. Una discusión*, Buenos Aires, Siglo XXI, 2005, p. 22

cada una de las mujeres que exponen sus historias. De tal modo, se empieza a entender que las marcas que dejan un diagnóstico de trastorno mental tienen lugar, tanto a nivel *molar* o macro social como *molecular* microsociedad (Guattari y Rolnik, *Micropolítica. Cartografía del deseo*, 2005) y desde ahí se construye la memoria autobiográfica.

Estas memorias son tratadas como cartografías porque el presente documento se maneja bajo la consideración de que “no hay modelos universales y científicos para intentar comprender una situación, y los propios modelos científicos se repelen, se intercambian, se conjugan entre sí” (Rolnik y Guattari, 2005: 274). Los testimonios nos remiten a procesos de socialización de individuos que están implicados en la construcción de sujetos, porque “no existe una subjetividad del tipo «recipiente» donde se colocarían cosas esencialmente exteriores, que serían «interiorizadas»” (Rolnik y Guattari, 2005: 49), sino un juego de entrelazamiento entre la construcción macro social del individuo y la participación del sujeto singularizado o micro político.

En este sentido, pensar en testimonios de personas marcadas con una etiqueta macrosocial permite visualizar al sujeto en cuanto a su existencia como tal, puesto que “el Sujeto no existe al margen de una determinada ecología cultural e intelectual, de un marco teórico y método de reflexión analítica para poder ser pensado como sujeto. El Sujeto no existe si no es pensado como tal, sujeto de lo que uno piensa, dice o hace”.<sup>19</sup> Para socializarse la persona se aliena, mas “para no quedar preso de las leyes y poder dar su lugar a un deseo propio, más allá de los límites estructurales de lo Real, para vivir en un mundo organizado simbólicamente (...), el sujeto debe también aceptar un proceso de separación que le distancie paulatinamente de su entorno más próximo” (M., Dupret y J.,

---

<sup>19</sup> M., Dupret y J., Sánchez Parga, *Teorías críticas del sujeto. De Freud y Lacan a Foucault, Touraine y Lévi-Strauss*, Quito, Abya-Yala, 2013, p. 97

Sánchez Parga, 2013: 65). Esta tendencia a la singularización, que promueve a los individuos a la categoría de sujetos, puede palpase en cada testimonio sobre la inscripción de la marca del diagnóstico del trastorno bipolar.

Cabe anotar que los términos empleados en esta tesis muchas veces aluden a oposiciones, a bipolaridades. Esto muestra que, como producto académico, no puede escindirse de la tendencia académica a mirar la realidad desde dicotomías y dualidades. Pero, como en el caso de los testimonios de las personas que han participado en esta investigación, la realidad es mucho más compleja y esas oposiciones siempre están en contacto, interrelación y construcción mutuos. Es así que, de aquí en adelante, se considera que las bipolaridades o “los dos espacios sólo existen de hecho gracias a las combinaciones entre ambos: el espacio liso no cesa de ser traducido, transvasado a un espacio estriado (fragmentado); y el espacio estriado es constantemente restituido, devuelto a un espacio liso (nómada)”<sup>20</sup>. Más que los conceptos teóricos, tal vez, algunos fragmentos de los testimonios siguientes pueden dar la pauta de la verdadera complejidad que supera las dicotomías.

### **1.1.1. ENCONTRÁNDOME ENTRE LUCES Y SOMBRAS**

*Soy L.U. Nací en Quito en 1953. Tengo sesenta años cumplidos. Soy la hija mayor y tengo una hermana y un hermano opuestos totalmente a mí. Mis papás me criaron de manera abierta. No les gustó cuando empezaron a ver los resultados. Pero después, me “recogieron”. Además, yo hacía muchísimas locuras. Era una preocupación para ellos. Viví toda la vida muy cuidada, casi esclavizada de alguna forma, no me daban mucha libertad. Me castigaban bastante. Mi mamá me castigaba mucho. Ella luchó toda la vida*

---

<sup>20</sup> G., Deleuze y F. Guattari, *Mil Mesetas. Capitalismo y esquizofrenia*, Valencia, Pre-Textos, 2006, p. 484

*por convertirme en una dama y jamás lo logró. Ahora me da pena de mi mamá, creo que si me viera estaría muy orgullosa y feliz de mí.*

*Me parece que parte de la juventud la farreé demasiado y no me dediqué a estudiar; debí haber estudiado. Era farra por aquí, farra por allá, y me desaparecía. Hacía locura y media. Metía gente a la casa de mis papás. Hablaba lo que no tenía que hablar. Era súper hippie además: me vestía, me peinaba, me arreglaba, todo diferente. Era la oveja negra de la familia. Entonces, claro, la inmadurez y tenía muchos hombres. El escándalo, porque soy mujer. Si hubiera sido hombre, “vaya, ¡qué bien!, hijo de tigre sale pintado”. Pero, era mujer y estaba jodida, más bien dicho, recién debí haber nacido porque yo, totalmente anacrónica. Nací en otra época.*

*Así, me iba y volvía, porque me casaba y me divorciaba y volvía donde mis papás. Ellos no me “aflojaban”. Me agarraban y “métete otra vez a la casa” (risa). Me volvía a enamorar y me iba, de nuevo. Siempre quise librarme de ellos, toda la vida. Era una cosa terrible. Hasta ahora, tengo mi hermana, que me “vigila”. Claro que ya no les hago caso de nada y les desarmo, porque me exigen cosas de formalidad y yo no acepto eso. Nada de formalidades conmigo, soy quien soy y punto, hago lo que quiero.*

*En algún momento de mi vida estuve metida con drogas duras. Años antes de que mi hija muera me metí en una clínica, yo misma, salí y nunca más. Con la muerte de mi hija (complicación en el parto) se esperaba la recaída casi segura, pero no, nunca más. Fue como dar un paso del abismo afuera. Conocí el infierno con esas cosas. La muerte de mi hija me lleva como a una situación distinta de crecimiento.*

*Creo que desperdicé la vida de alguna forma. No faltaban ocasiones en que me pegaba, por ejemplo, pastillas para dormir. Me escapaba, de día y de noche, estaba dormida. Así, me escapaba de la realidad, porque era demasiado dolorosa. Ha sido una*

*característica bien marcada en mí: he tenido una capacidad de sufrir tremenda. También de ser feliz, pero he sufrido muchísimo y creo que la gran mayoría de las cosas han sido por mi propia mano. La mano de la escultora que estaba esculpiendo la pieza. Siempre busqué algo que estaba ahí adentro, solo que no sabía cómo y al comienzo así es la escultura: vas encontrando la forma.*

*Todo lo anterior fue de crecimiento. Tenía muchos talentos, muchísimos. En ese sentido, todo fue muy fácil, podía aprender rapidísimo, pero, el medio, el sistema no me favorecía. Aún ahora siento que estoy contra el sistema. No me convence. Hay muchas cosas que rechazo, me parecen malas y estoy súper consciente de que tenemos una programación. Claro, también puedes cambiar esa programación, de alguna forma, educar a tu mente. Entonces, a eso me he dedicado en los últimos años: a tratar de ser feliz y a educar mi mente, más que nada. Salí de mi inconsciencia casi total hasta más o menos cerca de los cincuenta años. Ahora soy abuela. ¡Me encanta ser abuela! Mi nieta es una maravilla. Tiene dos añitos. Ella nació el día que muere mi hija (L.U., 22/07/2013).*

La cartografía de presentación de L.U. es la de una mujer que vivió en medio de una época de fuertes cambios culturales y ella evidenciaba en la relación con su familia, la crisis que esas transformaciones provocan. Renegó de esas vinculaciones primarias tradicionales, pero ese enfrentamiento le produjo dolor e incertidumbre. Hay contradicciones humanas en su relato, tales como: “Mi mamá me castigaba mucho. Ella luchó toda la vida por convertirme en una dama y jamás lo logró” y enseguida se reivindica: “creo que si me viera ahora, estaría muy orgullosa y feliz de mí”. Lamenta el haber farreado su “juventud”, la inmadurez de vincularse con muchos hombres, pero después reflexiona sobre lo injusto de ser juzgada por algo que, en caso de ser hombre, sería festejada. L.U. refleja la vida de sesenta años de búsqueda por alcanzar consciencia y encontrar la extensión de sí misma en

su nieta. Los conflictos, que son tramas primordiales en su narración, aparecen por un entorno familiar y social particular, lleno de cambios de perspectivas y la lucha entre conservar un sistema tradicional y desapegarse de él, aunque por vías tortuosas, como el consumo de drogas. Ahora, el testimonio de una persona que crece en otras condiciones:

*Soy L.S. Tengo cuarenta años, actualmente vivo con mi madre y trabajo en el área de la enseñanza. Tengo una hermana un año y medio menor. Ella tiene otro carácter y además no tiene esta situación de depresión o trastorno bipolar, ella no reaccionó de la misma manera. Presenté la primera depresión cuando tenía 16 años, más o menos a los seis meses después de que mi padre falleció. Antes de eso nunca había tenido depresiones ni había sido medicada, pero él también tenía este mismo problema (L.S., 19/07/2013). Mi papi falleció con un infarto, pero antes estuvo deprimido.*

*Después de su muerte, mi vida fue una desgracia. Porque estaba recién comenzando a enfrentar esto de la depresión, tratando de entender y primero perdía a mi padre, después justo el año siguiente, cuando acababa el colegio, a los diecisiete años me voy de intercambio. Para mí eso fue lo peor. Me alejó de mi familia y significó irme lejos, sola a enfrentar mi depresión a un lugar donde nadie sabía cuál era mi situación. No aguanté. Extrañaba demasiado a mi madre y a mi hermana. La llamaba todo el tiempo. A mi regreso comencé a estudiar, acabé los dos años, pero me deprimí. Traté de dejar los estudios, porque sentía mucha presión. Finalmente, terminé. En una época trabajé con un señor que hacía regresiones, me ayudó bastante en el sentido de que me ayudaba a relajarme. Lo malo fue que cuando me sentía bien quería dejar la medicación. Hacía que vaya relajando cada parte del cuerpo, que me imagine al principio un lugar donde me guste descansar, por ejemplo, la playa. Pero definitivamente, necesitaba también tomar la medicación. Muchos subes y bajas de ánimos, dejar los trabajos. Siento que huía, como en*

*la película la “Novia fugitiva” (risas). Que al rato que va a entrar al altar, se da la vuelta y se va. Tenía una mejor oportunidad laboral y ese rato decía: “no voy a poder”. O me daba miedo enfrentar gente que me tenía envidia. Me decía: “mejor me voy”.*

*Antes de los dieciséis años nunca tuve depresiones y mi forma de ser era totalmente diferente. Cuando a los diez años entré a la escuela “Spellman”, una escuela bilingüe, venía de la Costa, de una ciudad muy pequeña donde no me habían dado inglés. Pero mi actitud siempre fue que sí puedo, de que si yo me propongo algo en la vida, voy a poder. A pesar de que no sabía nada, sacaba buenas notas. Ahora, he comenzado a sentir miedo de enfrentar ciertas cosas, lo que no me pasaba antes, cuando no tenía depresiones. De todos modos, actualmente estoy terminando la maestría en Lingüística y Didáctica de la enseñanza de idiomas extranjeros.*

Al contrario de L.U., quien se adjudica el título de “oveja negra” de su familia, L.S. trata de encajar en un sistema normativo marcado por una fuerte presencia familiar, especialmente materna. Si bien, se presenta como una persona llena de miedo y “depresiones”, reconoce que no es algo que apareció a raíz de la muerte de su padre y no una característica esencial en ella. La pérdida de un ser querido se presenta en los últimos años de L.U. y cuestiona su “inestabilidad emocional”. Mientras que para L.S. la pérdida definitiva de su padre marca el inicio de una vida conducida por el eje de la “depresión”. Es interesante revisar que hay un antes y un después en el relato de L.S., en torno a la muerte y eso complejiza su posición de sujeto. No solo es una mujer “depresiva”, sino que lo es a partir de un suceso doloroso y con una base de seguridad personal pasada distinta.

La tercera cartografía testimonial está trazada sobre un plano distinto de complejidad, pero también remite al innegable paso de la socialización en un ambiente determinado para emerger como sujeto:

Soy **B.S.** Tengo veinticuatro años, nací aquí en Quito, en la casa. Mis papás son casados legalmente desde que yo tenía unos seis años. Mi papá es de la Sierra (Riobamba) y mi mamá es de la Costa (El Carmen, Manabí). Mi hermano menor nació en una clínica. No sé por qué él nació en una clínica y yo en la casa. No sé si fueron recursos o fueron los tiempos, no sé. A raíz de nacer en la casa, mi salud no fue muy buena, porque no tuve todo los cuidados necesarios. Siempre supe que era enfermiza. Hace algunos años supimos cuál era una de las causas: no tengo un riñón y una glándula suprarrenal, lo cual habían causado un desbalance hormonal súper fuerte, en consecuencia, mi salud y mi metabolismo no funciona igual.

El crecer con mi hermano (veinte años), fue difícil porque me portaba bien, siempre tuve una idea de ser la más educada, buscando el cariño y la aprobación de mi papá, en particular. Pero, mi hermano no hacía deberes, yo chupaba; mi hermano se ensuciaba, a mí me pegaban; mi hermano no comía, me pegaban. Hasta que a cierta edad, cuando querían pegarle a él, yo mismo decía: “no, no le peguen a él, péguenme a mí”. Ahora es distinto, ahora es el amor de mi vida, él me cuida un montón. Tal vez, el trauma de que él me quitó muchas cosas, ahora siento que me ha devuelto con creces. ¡Es la persona que más amo en el mundo!

Desde niña quise la aprobación de mi papá. Alguna vez todos mis primos estábamos de vacaciones en Riobamba y todos estaban en el parque jugando. Yo estaba sentadita, arrimada en un árbol con un vestido y se acerca una tía y me dice: “mija, pero ¿por qué no vas a jugar?, ¿qué pasó?. Le contesto: “no, tía, yo no quiero jugar, porque tengo que ser niña buena y no ensuciarme, para que mi papá me quiera”. Ella contesta: “pero mijita, tu papá sí te quiere”. Respondí: “no, mi papá no me quiere, y voy a ser niña



*buena para que me quiera” y me puse a llorar. Siempre fue el hecho de vivir para que él me apruebe.*

*Mi mamá fue muy cariñosa, muy pendiente. Decía que sus hijos son lindos, que sus hijos son guapos, que sus hijos son inteligentes, dándonos ánimos. Pero mi papá no. Él siempre decía que éramos burros, que éramos tontos, incluso mi papá es machista, y decía que: “él no hace mujeres”. Crecí en un núcleo familiar un poco violento y alguna vez mis papás se separaron y cuando nos íbamos de la casa, mi papá le dijo a mi hermano: “tú siempre vas a tener un papá cuando necesites, búscame”. Y al despedirme, con la misma expectativa de escucharlo, a mí me dijo: “quítate”. Entonces, yo no era nada, hasta que, en una época me cansé de buscar su aprobación (B.S., 23/07/2013).*

B.S, la más joven de las cartógrafas testimoniales, nos presenta un relato tejido alrededor de la carencia y el sentimiento de temor por no ser lo suficientemente “buena” para ser aceptada y amada por su medio más elemental: en la figura de su padre. Se concentra en ubicar a cada actor/a principal en esta “puesta en escena” del inicio de su vida: su madre, su padre y su hermano. De la narración que establece B.S., considero que emerge una asociación entre la figura de la madre con el equilibrio afectivo; la del padre con violencia que provoca deseo de alcanzar sus estándares para ser amada por él. Y, el hermano con amor incondicional. Presenta un triángulo de actores familiares que muestran, por un lado bipolaridad (madre positiva/padre negativo) y oportunidad de salir de esa dicotomía con lo que representa su hermano. Me parece que la selección de esos recuerdos iniciales marca aquella tendencia.

Inicialmente, se había dicho que los testimonios de estas mujeres corresponden a una cartografía emocional, a un ordenamiento determinado por la manera en que se emiten recuerdos en el momento de expresarlos. Con esta premisa, diremos que hay una triple

direccionalidad para construir el sentido que tienen estos relatos. Por un lado, la memoria autobiográfica que se despliega desde sus protagonistas. Luego, la manera en que es organizada y leída por la autora del presente trabajo de tesis. Y por último, la introducción de material teórico, por mediación de la misma tesista, que permite trazar puentes de lenguaje entre las cartografías de las participantes y la investigadora.

En todos los casos mencionados, es reconocible la asunción del rol del cartógrafo, el cual presenta trazos discursivos que de ninguna manera son neutrales. Porque, la práctica del cartógrafo es inmediatamente política (S. Rolnik, 1989: Cap. VII) y cada testimonio muestra lugares de sentido que son fundamentales para ser expuestos en este tipo de documentos. Lo que L.U., L.S. y B.S. testimonian corresponde a aquello que consideran relevante para ser mostrado y discutido a un nivel más público. De ahí, que el testimonio, visto como cartografía, sea eminentemente político. Las personas diagnosticadas con trastorno bipolar que participaron con sus testimonios quieren evidenciar algo a través de su relato de vida. No importa si no es conscientemente intencionado. La tesista, que establece un diálogo con esas narraciones y un marco teórico, quiere presentar una cartografía de discusión académica y social. Por ello, para la autora de este texto la teoría es también cartografía que acompaña a los paisajes recorridos (historias desde la vida).

A medida que se van desplegando los testimonios, se construyen caminos y cartografías de la relación entre el espacio social y el subjetivo personal frente al diagnóstico del trastorno mental. En las primeras presentaciones que nos entregan arriba, es posible destacar los lazos familiares más cercanos y centrales para las narradoras. En los tres casos, es el núcleo madre, padre y hermano/as desde donde se parte para reafirmar quién es la relatora de la historia. Ese núcleo familiar, propio de la vida social moderna y urbana, sirve a las narradoras como “piso” para exponer fragmentos de su vida y explicar el

origen de su diferencia. Las tres mujeres efectúan comparaciones con algún miembro nuclear de su familia. L.U. y L.S. con sus respectivas hermanas y B.S. con los deseos de su padre (aunque en medio se encuentre también la figura de su hermano). Para presentarse como un ser singularizado, primero establecen un campo de identidad macro con aquellas normativas de comportamiento referenciales que cumplen y también que no satisfacen.

Cabe insistir en la diferencia que hacen Rolnik y Guattari (2005) entre identidad y singularización, pues la lógica de estos conceptos nos acompaña a lo largo de esta investigación. La identidad es el referente socialmente reconocible. No tiene nada que ver con la singularización sino con la forma en que sentimos y tenemos voluntad de vivir. Es decir, “la identidad es aquello que hace pasar la singularidad de las diferentes maneras de existir por un solo y mismo cuadro de referencia identificable” (Rolnik y Guattari, 2005: 86). Cuando L.U., L.S. y B.S. empiezan su relato con los “personajes” principales de su drama biográfico y éstos son sus familiares nucleares, muestran una identidad con los parámetros de parentesco de una sociedad que cada vez más gira alrededor de pequeñas familias, conformadas por padre, madre e hijos. Los demás tienen roles secundarios en la narración de vínculos afectivos primarios.

Así como también, cuando L.U. relata la relación conflictiva con la madre por el fracaso de su intención de convertirla en “una dama” y ésta se repite, al parecer, en su vida de rechazo al “sistema”, hablamos de singularización. Además, porque si bien hay datos referenciales identificables de un mismo marco social (identidad) que acoge a las tres, cada una reacciona distinto frente a las exigencias de un deber ser familiar. B.S. sufre para alcanzar el supuesto deseo de su padre, que incluso la lleva a reprimir el juego y el llanto para ser “perfecta”. A L.U. su conflicto le sirve de agenciamiento para oponerse al deber

ser familiar y macro social de su época. Y, L.S. exhibe mayor intencionalidad para adaptarse a condiciones molares, por lo que cuando “falla” se riñe a sí misma. Los tres posicionamientos frente a la vida se irán despejando aún más en los siguientes momentos del relato.

En todo caso, hasta aquí se va hilvanando una primera interrelación hipotética existente entre los sistemas sociales amplios y estrechos y la configuración de actitudes molares de estas mujeres. Los testimonios de L.S., L.U. y B.S. nos remiten a considerar que “es la subjetividad individual la que resulta de un entrecruzamiento de determinaciones colectivas de varias especies, no sólo sociales, sino económicas, tecnológicas, de medios de comunicación de masas, entre otras” (Rolnik y Guattari, 2005, 49). Si existen condiciones iniciales de vida similares, por ejemplo problemas con afectos primarios y cierto grado de violencia, éstas podrían en ciertos individuos modelar la tendencia a identificar lo que se conoce como trastornos mentales. Las familias descritas son producto de una sociedad particular, que reproducen exigencias macro en las relaciones micro que afectan a las narradoras<sup>21</sup>, pero en distintos niveles, pues son seres activos que reaccionan singularmente a esas condiciones generales, aunque luego el diagnóstico les atribuya una etiqueta homologante.

### **1.1.2. LAS MANOS DE LA INSTITUCIÓN PSIQUIÁTRICA TOMAN MIS SEÑALES DE DIFERENCIA**

En las siguientes páginas se despliegan los testimonios de los casos en el mismo orden para, en esta ocasión, relatar su experiencia al enfrentar aquellas señales que las

---

<sup>21</sup> Tal vez por ello, aparecen en la época actual un mayor número de diagnosticados con el trastorno bipolar (Supra, p. 12), porque las reglas sociales contemporáneas se reproducen en las normas familiares y la sociedad entera identifica categorías de comportamiento “normales y anormales” que corresponden a esta etapa histórica.

marcan como “personas distintas” y la preocupación que genera esto en su entorno, por lo que son homologadas a través del diagnóstico. Luego, los primeros encuentros con la institucionalidad de salud mental (psiquiatría y psicología) para tratar de comprender y someter a categorías clínicas la manera, aparentemente “exagerada” de sufrir de las narradoras.

*Desde niña era depresiva, lloraba mucho. Pienso que desde los cinco años he estado con problemas de depresión, de mucha angustia. Vivía súper angustiada. Bueno, había un ambiente de angustia en mi casa (L.U., 22/07/2013). Luego, la desilusión de sentirme deprimida. Te pones los lentes de la depresión. Sientes que no vales nada. Creo que hubo algo que me afectó: el no haberme aceptado físicamente cuando era joven, porque no me aceptaba. No me gustaba lo que veía y eso creo que me afectó bastantísimo. No me sentía cómoda con mi físico. Estaba un poco gordita, eso me afectó.*

*No sé cómo uno tiene esos parámetros para juzgar cuando eres adolescente. La sociedad me daba esos parámetros. Así, por ejemplo, admiraba a unas hippies sin busto y sin sostén. En cambio, yo era “bustona”, entonces mi sueño era andar sin sostén, pero no tenía la libertad para hacerlo. No lo hacía porque pensaba que era mucho. Además, era bien narizona y me quité lo mejor que tenía: soy operada la nariz. Los estereotipos que estaban tan metidos en mí. Después, con la edad, me doy cuenta de que debí dejarme en paz; estaba bien, simplemente, era otro tipo de belleza. Miraba a mi hermana y a mi mamá. Ellas eran “cuerazos” y además eran de narices respingadas, porque mi mamá era guapísima. Mi hermana tiene la misma nariz. Le veía su cuerpo y no lo podía creer. ¡Me sentía pésimo!*

*Creo que me traicioné, porque no tuve clara la película de quién era. En mi casa, en mi familia no tenía mucha identidad, no tenía clara la parte de la identidad. Pero, a mi papá le faltaba identidad propia y a mi mamá también. Si bien habían ciertos rasgos que sí les definían, otras cosas les faltaba: querían ser de una manera que no eran en realidad. Sí, me di cuenta de eso. Fue una característica eso de no tener identidad, además de ser desarraigada, porque me sacaron de aquí. Eso ayudó a que no tenga una estabilidad que encontré, más bien después con horarios, con cosas a las que me he aferrado. Ellos (la familia) no tenían tampoco la certeza de quiénes eran, porque pude darme cuenta de eso.*

*No encajaba en ningún lado, siempre estaba así como desadaptada (L.U., 09/08/2013). Me sentí siempre así, todo el tiempo fragmentada, hasta los últimos años, en los que logré reconstruirme, pero siempre me sentí así, en pedazos toda la vida. Y recogiendo pedazos de aquí y de allá. Nunca me aceptaron, ni en el colegio, ni en la casa, siempre era criticada. Entonces, en vez de hacerme al sistema, me hice más extraña a él, a la sociedad, cada vez más distante, más extraña y después me aislé. A lo largo de mi vida las pasiones me tenían loca y apasionada también por el arte, toda la vida apasionada por el arte: apasionada por la poesía, apasionada por la música, apasionada por las imágenes, apasionada por la danza... loca. Y nunca hice lo que tenía que hacer. Siempre quise entender qué me pasaba. Pasados los treinta años no quería estar con la gente con la que había crecido, con la gente de mi medio. Conocí a los artistas y por ahí no me sentí criticada, no me sentí extraña. En realidad, sentía que era diferente y que la gente no me aceptaba, que metía la pata. Era una sensibilidad terrible, una sensibilidad extrema para todo.*

*Bueno, me diagnosticaron cuando viví en La Paz. ¡Imagínate, en Bolivia! Ahí le dijeron a mi mamá que tenía esquizofrenia. Tenía alrededor de veinte años. Cuando*

*regresé acá empecé a buscar ayuda e hice años de psicoanálisis. Eso me aclaró bastante la película y después de todas maneras estuve con otros psicólogos y psiquiatras (L.U., 22/07/2013). Por suerte, no me dieron nada (medicamentos) o tal vez me negué a tomar. Recuerdo que una vez me dieron una pastilla, tiré una taza, porque ya me había tragado la pastilla para dormir y no quería. Lancé la taza contra la pared y me ponía violenta y audaz al máximo. No encontraba algo que me centre.*

*Era rarísimo, porque todos maduraban y yo no, seguía guagüita y sin entender nada. Algunas veces intenté dejar las drogas, hasta que el homeópata me dijo que eso se hace en una clínica, encerrado y con vigilancia médica veinticuatro horas al día. Cuando tenía como unos veinticuatro años, más o menos, tuve una crisis y entonces me llevaron a la clínica Guadalupe. Pero me tenían amarrada, dopada. Un día me levanté, me vestí con lo que encontré y me salí a buscar una ventana o una puerta para escaparme, pero no la encontraba. Obviamente, no me hizo nada de bien, porque en otra ocasión me subí a un techo, deprimida y quería lanzarme. Con unas tijeras, tonterías de esas, pero así de triste, mal. Ahí también me agarraron y “toma tu dulce”, me metieron en la Guadalupe, ja,jaja (L.U., 09/08/2013).*

L.U., siendo la de mayor edad entre las tres participantes, se presentó en su testimonio como una desclasada, una persona “rara” en su medio, “anacrónica”, porque si su conducta hubiera asumido rasgos más contemporáneos quizás no habría recibido tantos cuestionamientos. En esta parte del testimonio ella reafirma esa condición y su lucha por caber en los parámetros físicos de otros. Negó su cuerpo, por lo que se negó a sí misma. Es interesante cómo traza un relato en el que su familia está totalmente “fuera de lugar”. Para ella, el hecho de no aceptarse representaba lo que sucedía al interior de su hogar: sus padres no se aceptaban, su familia (identificada en una escala social privilegiada) quería mostrar

una máscara distinta a la realidad. Según L.U. sus padres “no tenían identidad”, es decir, no se mostraban como eran realmente. Parece una queja común en una época de revolución cultural, en la que ella vivió su adolescencia. Por eso, se siente perdida y criticada, hasta que conoce a un círculo de artistas y se siente más a gusto.

El temperamento pasional que la caracteriza contrasta con el deber ser de una familia tradicional, por eso parece “una loca”. Eso le lleva a cometer algunos excesos y a mirarse como una persona que nunca crece: “todos maduraban y yo no, seguía guagüita y sin entender nada”. Pero, otro rasgo que la acompaña es más preocupante: “desde niña era depresiva, lloraba mucho”. Para ella, la depresión es tristeza infinita por sentirse desadaptada y poco atractiva, si se compara con los criterios sociales de aquellos años y con las figuras femeninas de su madre y hermana. A los veinte años desemboca en su primer encuentro con la institución psiquiátrica: le diagnostican esquizofrenia. El hecho de ser diagnosticada con varios trastornos, previo a la identificación de la bipolaridad es algo que, como veremos más adelante, comparte con las otras dos mujeres. Experimenta la internación y los tratamientos para intentar controlar su singularidad. Esto le lleva a sentirse aún más “extraviada”. Ahora, continúa el testimonio de L.S., “la novia fugitiva”:

*Al viajar, vivía en una ciudad muy pequeña, como el campo. Mi familia postiza (de intercambio) me quitó la medicación cuando la encontró. No tenían mucho conocimiento y habían escuchado de algún caso de alguien que supuestamente había agredido a su familia por tomar los antidepresivos que yo tomaba. Seguramente no era mi misma medicación. Como mi mami era médica, me mandó algunas pastillas para cosas básicas como dolor de barriga y de cabeza, por eso creyeron que quería envenenarme. Decidieron hablar con la persona del programa de intercambio y le dijeron que estaba tratando de envenenarme.*



*Todo eso me hizo sentir tan mal. Un día, me desperté a media noche. No sé si fue así, pero pedí que me lleven a un hospital psiquiátrico para que me examinen. Lo malo de haber ido a este hospital fue que me pusieron en la parte de las personas que habían tratado de suicidarse. Fue una muy fea impresión ver a la gente ahí. Algunas personas dormían amarradas. La ducha no tenía seguridad y alguien podía entrar y verle. Eso es lo que me pasó a mí, alguien entró y me encontró. Me sentí muy intimidada. También, fue muy fuerte oír el testimonio de las personas que habían tratado de suicidarse. Eran casos más graves realmente. Cuando un psiquiatra me entrevistó me dijo: “tú no estás mal, no deberías estar aquí, debes ir a la otra parte del hospital”. Me mandó al ala de los jóvenes rebeldes que habían tenido muchos problemas con sus padres, de drogas o todo ese tipo de cosas. Aunque no era mi lugar, de todas maneras me sentía más tranquila, más protegida.*

*Después de eso un día vino la señora del programa y me dijo: “bueno L.S., ya tienes tu vuelo para regresar”. Cuando regresé al país me esperaba mi madre con una silla de ruedas, me hizo sentir tan mal. Dije: “no estoy en ese punto”. Me sentí como una enferma, algo muy feo. En resumen, mi padre murió, después de acabar sexto me fui de intercambio; regresé a los seis meses, justo hasta la Navidad. Luego, comencé a trabajar aquí. Tuve problemas en el primer trabajo y salí de allí. Después, no sabía qué estudiar. Mi madre me dijo que por qué no estudiaba secretariado, porque me ayudaría hasta ver qué me gusta. Dije que bueno, lo intentaré. Me compró un carro por mi cumpleaños, mi hermana se moría de las iras.*

*Me parece que algo que marcó el inicio de mi condición es que cuando mi papá falleció, una tía mía me dijo: “tú tienes que ser muy fuerte, porque tu mami acaba de recibir esta noticia y eres la hija mayor”. Entonces, bloqueé mis sentimientos, no me*

*permití llorar y por eso fue que, estuve como seis meses sin poder expresar lo que sentía. Incluso cuando lo enterrábamos, me acuerdo que un primo me dijo: “tú no lo querías a tu papi, porque no lloras”. No podía, estaba totalmente bloqueada, sentía que tenía que ser fuerte en esa situación y no podía desahogarme, pero claro ya a los seis meses más o menos presenté la primera depresión. No me acuerdo tanto cómo fue, sino que mi mami me llevó al neurólogo y me dieron una medicación. Solo pasaba llorando, triste. Comencé a sacar todo lo que tenía guardado en todo ese tiempo.*

*La palabra depresión ingresa a mi vida por mi papi y mi madre, los dos médicos. Ella ya sabía, en ese tiempo, se hablaba solo de depresiones. Decía: “tu papi tiene depresiones”. Trataba de explicarnos cómo y porqué actuaba así. Trató de que le entendamos. No sé si en verdad eso me afectó para que yo presente mi primera depresión. Creo que lo que más me afectó fue el no haber podido expresar mis sentimientos y que me hayan puesto tanta responsabilidad, que yo asuma el papel de padre y que tenía que ser la persona fuerte en la familia. Recuerdo que mi padre era bastante agresivo, le insultaba a mi mami, le trataba mal, golpeaba la mesa, se levantaba de la mesa golpeándola. Nunca le pegaba, pero con ella se desahogaba. Lo recuerdo así, porque justo en tercer año de colegio escuché como se portaba con ella y le decía: “mami, pero ¿porque no te divorcias, porque le aceptas eso?”. No entendía qué era lo que realmente pasaba. Después, también se pasaba durmiendo. Mi mami sí le medicaba para que él duerma. Lamentablemente, no había un tratamiento apropiado y a la vez como a la mayoría de médicos no les gusta tomar pastillas, entonces él decía que puede salir adelante solo y que no necesitaba ninguna medicación (L.S., 19/07/2013).*

Haber pasado por la muerte de su padre, a los dieciséis años, produjo en L.S., ahora de 40, un cambio radical en su vida y carácter. Aparentemente, su muerte le exigió asumir

un rol que no le correspondía. Descifró su situación de orfandad paterna como la obligación de tomar el lugar del padre y demostrar fortaleza, a través de la anulación de la expresión de sus sensaciones. Es la explicación que L.S. encuentra para el origen de su primera “depresión”. Un evento tan humano como la pérdida de un ser querido produce emociones contradictorias, pero el ser la “hija mayor” le condujo a bloquearse como persona que siente. El lugar del “hijo mayor” como aquel sostén simbólico (a veces, real) que aparece en caso de la ausencia de uno de los padres, es un tema común en nuestra sociedad. Por supuesto, el bloqueo no duró mucho y después de seis meses se desata una crisis emocional (la que debía aparecer en algún momento para enfrentarse a la realidad de la muerte de su padre).

La escisión de la realidad del sufrimiento y la pretendida fortaleza del que “no llora” marca la adolescencia de L.S. La estructura como un ser que, al no haber expresado debidamente el dolor de la pérdida, debe hacerlo repetidamente con “depresiones” contantes para recordar su falta. El referente directo para su vida será su padre. Aquel que sufría de depresiones y que murió joven. Aquel que, pese a la violencia, tuvo la justificación de estar “enfermo” y no encontrar buen tratamiento. De las tres, L.S. es la que presenta un discurso más conciliador con los referenciales molares. Incluso buscó la atención psiquiátrica por cuenta propia. Ella misma advierte que la relación con el diagnóstico y los tratamientos farmacológicos aparecen en su vida por la intervención del trabajo de sus padres médicos. Tal vez, se inscribió en la marca del diagnóstico mucho antes que las demás y previo al encuentro con la institución psiquiátrica. La necesidad del diagnóstico para marcar las diferencias moleculares forma parte de la vida de L.S., de alguna el diagnóstico le da un lugar en el mundo que conoce.

Estas últimas reflexiones pueden relacionarse con el comentario que B.S. le hace precisamente a L.S. cuando se encuentran en la reunión que las tres solicitaron en mitad de esta investigación. B.S. al escuchar el testimonio de L.S. sobre la dependencia a los medicamentos para inducirse el sueño cuando tiene un evento estresante, le dice: “no has sabido cómo diferenciar la depresión química de la depresión con una razón [...] me parece que es la influencia médica de tu familia, como un ‘efecto’ médico; debes darte la oportunidad de ser más tú, más humana”.<sup>22</sup> Si bien, ambas aluden a la omnipresencia de sus padres, tanto negativa como positivamente, B.S. suele interpelar más la intervención de la institución evaluadora mental y, como L.U., al sistema molar que la rodeó:

*Mi papá, en esa época me decía muy seguido que ellos se habían separado por mi culpa, porque mi papá era muy violento. Vivimos imágenes muy crudas, como verle sangrar a mi mamá hasta más no poder. Un día le dije “mami, ándate”. Era día de la mujer. Le dije “ándate, si tus amigas de invitaron, te distraes, pero llega antes de las siete de la noche, porque mi papá llega siete y cuarto”. Ésa era una hora muy tensa, porque nos asustábamos.*

*Pero ese día en particular, mi papá llegó cuarto para las siete. A mí me gritó y me dijo que era de lo peor, que le estoy socapando a mi mamá, que dónde estará. Ella estaba abriendo la puerta, mi papá brincó de la cama y se le lanzó y le empezó a golpear. Esta vez fue tan fuerte, que mi mamá gritaba. Mi hermano ya tenía once años, yo le tapaba las orejas. Mi papá gritaba “te voy a matar”. Cogió unos fierros y mi mamá ya no gritaba por los golpes. No sé de dónde, pero me paré antes de que mi papá llegue donde mi mamá acostada y sangrando, me lancé y nos peleamos como dos varones. Mi hermano se asustó y*

---

<sup>22</sup> Reunión que tuvo lugar el 14/08/2013, en la que se conocieron y participaron las tres narradoras. Cada una tuvo la oportunidad de escuchar el testimonio de las demás y en la reunión dialogaron y se hicieron preguntas.

*me dijo: “B, te está pegando mi papi, ¡ven acá!” y me jaló. Le gritó a mi papá y le dijo “¡ya no más papi, ya no más!”. Le dio la mano a mi hermano y se fue a ver televisión, como si nada hubiera pasado. Me acerqué a mi mamá (llanto, quiebra su voz) y estaba como inconsciente. Tenía la nariz al otro lado de la cara. Le acomodé la nariz, le limpié un poco la sangre y le dije a mi mamá “ya no más, ya no más”, “vamos al hospital y vamos a la policía”. Yo misma me fui a buscar a la policía. La primera vez que los vecinos decían “¿cómo?, la familia perfecta” y nos ayudaron.*

*Me cansé de buscar la aprobación de mi papá a los dieciséis. De cierta forma fue simbólico, fue la vez que tuve mi primera crisis. Por ser buena y por ser “perfecta”, no lloraba. Si me pegaban, yo agachaba la cabeza y no lloraba. La primera vez que tuve una crisis, yo no sé qué pasó. Tuve muchos problemas. Tenía un novio al que quería un montón, me peleé con él y mi hermano me dijo “muérete”. Mi papá, era poco tiempo que se había separado oficialmente de mi mamá. Me encerré en mi cuarto y estaba muy angustiada, cansada. Quería llorar, pero no podía, porque no tenía el hábito. Estaba muy cansada y me quise morir. Me quería morir para descansar, me sentía cansada. Me hice un coctel de montón de pastillas, valeriana, alcohol. Nunca había sido de tomar alcohol, pero sabía el daño que me iba a causar.*

*Me encerré, cogí un cuaderno y empecé a escribir. Escribí cosas muy duras, muy difíciles, todavía tengo algunas palabras en la cabeza que solo de acordarme se me hace nudos en la garganta. Le escribía a mi papá, a mi mamá, a mi hermano, a mí. Les decía que pidan por mí para que no me vaya al infierno. Seguía teniendo esa sensación de no querer ser mala. Sabía que había casos en que la gente no se muere tomando solo pastillas. Cuando empecé a escribir, tomé un estilete, bien grande, de esos que son para pelar cables, y me lastimé las manos. Primero la una y luego la otra. Me dolía y seguía*

*escribiendo. Me temblaba la mano y el cuaderno se llenó de sangre. Pero mi mamá entró y me destapó. Me hizo despertar y de ahí no me acuerdo. Me hicieron un lavado, eso me cuentan. Y lloré como una semana sin parar.*

*Tenía un dolor que no sabía de dónde venía, porque ya no sabía si lloraba porque estaba asustada, porque me habían llevado, no sé si estaba asustada porque me había peleado con mi novio, no sé si estaba asustada y triste porque mi mamá me había dejado tanto tiempo sola, ya no sabía. Y de ahí fue muy difícil todo lo que pasó después de eso, por mi mamá y el dolor de que su hija quiso morir. Había contado a medio mundo. Uno vive con el estereotipo de que es débil el que no se sobrepone a un divorcio de sus papás, por ejemplo, porque uno vive en entornos donde, por lo menos en el colegio o en la escuela, hay diez chicas, o chicos que tienen papás divorciados, entonces quien no se sobrepone es el débil, es el loco o el tonto.*

*En el colegio, siempre fui como retraída, aislada. A mí me decían abuelita (B.S., 30/07/2013). Al retorno al colegio, después de esa crisis, estaba muy callada, mucho más que antes. En el colegio se enteraron, asociaron y la psicóloga del colegio me llamó a una reunión, la verdad, lo único que me acuerdo es que me dijo: “¿tú te crees extraterrestre?”; era algo vinculado al no llorar. Me hizo una prueba, un test estúpido, que decía algo así como: “explique sus sensaciones, ¿qué haría usted si pudiera trabajar, sería narrador o deportista, o nada?”. Con ese test me dijo que no soy apta para vivir en sociedad y me calificó. Me dijo que no puedo volver al colegio hasta que tenga un certificado de que estoy bien mentalmente (23/07/2013).*

Violencia encubierta en el caso de la familia de clase social alta de L.U. (60)  
Violencia justificada en la historia de depresión del padre médico de L.S. (40) Mientras que, para B.S. (24) la violencia atraviesa todo relato y lo constituye. El padre violenta a la

hija con su rechazo (ella siente que su padre espera perfección de su parte), agrade a la madre y con ello a toda la “familia perfecta” que creían los vecinos. A la misma edad que L.S., B.S. presenta su primera crisis y con ello deja, simbólicamente, de esperar “la aprobación” paterna. En su búsqueda de la perfección, B.S. había omitido incluso el llanto y tenía la actitud de una “abuelita” en la escuela. Quería ajustarse a la norma molar de manera drástica y... estalló.

El mencionado estallido es de gran magnitud. B.S. quiere morir y para eso prepara el ritual del suicidio, con la carta de despedida incluida. Querría llorar, pero no le es posible, no está acostumbrada a hacerlo. Deseaba “descansar” y lo único que le permitiría hacerlo en ese momento es el camino de la autodestrucción. Ingiere un coctel de drogas, se corta las manos y escribe su despedida, dirigida a cada miembro de su familia nuclear. Los detalles relatados y la manera de hacerlo provocan mucha emocionalidad en B.S. Previamente, en los testimonios de L.S. y L.U. se coquetea con la idea suicida y el temor que genera hacerlo y que otro/as lo hagan, pero en B.S. el dolor se materializa en deseo de autoeliminación.

Por otro lado, al frustrarse su primer intento de suicidio (vendrán otros después, incluso durante el desarrollo de esta investigación), se ve obligada a enfrentarse a la evaluación psicológica en la que, por medio de una batería o prueba aplicada en su colegio, es “calificada” como incapaz de vivir en sociedad y debe presentar una certificación de su estado mental. Es la condición, cuyo cumplimiento que le permitirá retornar a su vida colegial. Desde este punto en la historia, B.S. es una enferma mental y será tratada como tal. Esto nos recuerda aquello señalado por Restrepo en cuanto “tras la denominación de enfermedad lo que se esconde en realidad es un afán por segregarse al diferente, a quien se

aplica un rótulo que lo estigmatiza, demonizando sus acciones y comportamientos por el mero hecho de no tener el visto bueno del orden social imperante”.<sup>23</sup> Tal descripción vale tanto para el caso de B.S. como para el de las otras dos narradoras. Las tres experimentaron la categorización del término enferma para explicar su aparente conducta extraña.

En este momento de preocupación por las señales de diferencia que emiten las tres mujeres, en sus historias se ensayan varias posibilidades de diagnóstico: esquizofrenia, depresión, conducta antisocial, etc. Cada ensayo las estratifica desde el uso del lenguaje. Lo interesante es que las tres construyen esta parte del testimonio desde la aceptación de un estado “anormal” o distinto a lo que el sistema molar consideraría “normal”. Lo aceptan como una especie de castigo por el desorden que la conducta inadecuada al medio fue “cometida” por ellas, que se convierten en pre-pacientes. La adopción de esta forma de inconducta se justifica e incluso puede expresar un repudio moral al sistema de valores y normativas impuestas, especialmente en el caso de B.S. (24) y L.U. (60).

Por tal motivo, dicho “castigo” consiste en el encuentro con el discurso de la institución psiquiátrica que patologiza esa radical diferencia. Pero también, en el caso de L.S. (40), de otra instancia de la sociedad: la familia. Para ella, una familia postiza que la adopta mientras está de intercambio y que patologiza la tenencia de medicación para la depresión e incluso para posibles dolencias más comunes como cefaleas. Le despojan del único vínculo real con su madre médica: la medicación proporcionada por ésta. Y, ante todo, tanto la sociedad que la rodea, como ella misma trasladan a la autoridad médica el sufrimiento natural que está padeciendo por el fallecimiento de su padre, convirtiéndola en un cuerpo “discapacitado”. Es así como, “la relación social que se anuda con el hombre que

---

<sup>23</sup> Luis Carlos Restrepo, *Locura y Libertad*, Bogotá, Arango Editores, 2000, p. 42



sufre de una *discapacidad* es un analizador fructífero de la manera en que un grupo social vive su relación con el cuerpo y con la diferencia”.<sup>24</sup> Nos remite a una sociedad que mira discapacidad por bloquear el llanto y también por llorar “demasiado”.

En síntesis, para las tres narradoras la internación psiquiátrica y evaluación psicopatológica les llega por obligación. Pese a que L.S. había solicitado por su cuenta la visita al psiquiátrico, su estadía allí y su tratamiento no fue para nada voluntario. Con la etiqueta de padecer algún trastorno (nada claro aún), las marcan como enfermas (incluso L.S. cuando regresa al país, es recibida por su madre con una silla de ruedas) y con ello, con el estigma de ser diferentes. Este estigma “de la enfermedad mental y la hospitalización involuntaria son los medios con que respondemos a estos delitos contra la corrección”.<sup>25</sup> Para B.S. el “delito” del intento de suicidio la lleva condicionar su permanencia en el colegio en el que estudiaba.

Recapitulando esta parte del testimonio, se dirá que B.S., L.S. y L.U., antes de que un suceso doloroso atravesara sus vidas, se miraban “fuertes”, algo depresivas, pero “buenas niñas”, casi “prefectas”. El título posterior de “enfermas” o “locas” aparece cuando el medio social y la institución mental clínica atrapan esos cambios dentro de su lenguaje. Tal vez por ello, cuando cambia en algo el nivel referencial de identidad se preguntan si realmente están enfermas, porque no logran interiorizar completamente los valores del sistema molar. Los procesos de singularización frustran esos “mecanismos de interiorización de los valores capitalísticos, algo que puede conducir a la afirmación de valores en un registro particular, independientemente de las escalas de valor que nos cercan

---

<sup>24</sup> D., Le Breton, *Sociología del cuerpo*, Buenos Aires, Nueva Visión, 2002, p. 77

<sup>25</sup> E., Goffman, *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*, Buenos Aires, Amorrortu, 2001, p. 301

y acechan por todos lados” (Rolnik y Guattari, 2005, 62). Ese cambio/enfermedad quizás es el mecanismo molecular de singularización para enfrentar la aplastante exigencia molar.

No obstante, los procesos de singularización enfrentan tentativas de nivelación de la subjetividad, por lo que deben ser encasillados en categorías de anormalidad. Me pregunto si el trastorno mental podría ser considerado un proceso de singularización de la subjetividad. Pero resistir dicha interiorización acarrea riesgos. Como dicen Rolnik y Guattari, el suicidio puede ser visto como el peligro del proceso de singularización que “toma la disolución como finalidad, en lugar de ser solo la vía necesaria para la creación” (2005, 80). La singularización debería ser el camino para alternativas moleculares al sistema molar impuesto. Pero, parecería que cuando B.S. trata de eliminarse está buscando descanso a la tarea desgastante del enfrentamiento a la “normalización”. El suicidio así, no es la solución definitiva y radical, sino el cansancio ante la resistencia frustrada a la eliminación de la homogeneización.

### **1.1.3. EL DIAGNÓSTICO ME MARCA. ¿SOY BIPOLAR! ¿BIPOLAR?**

¡Te temo porque representas una amenaza! ¡Me intimidas porque eres distinto y transgredes mis límites! ¡Por eso debo disciplinarte y corregirte! Esto parece manifestar a gritos el discurso social de construcción del otro. El peligro, la enfermedad, la pobreza y la degeneración suelen proyectarse sobre las figuras de los/as otros/as distintas/os, a quienes se señala como *anormales*. Esto constituye la marca, el estigma de la pobreza y la patología naturalizadas en cuerpos de aquellos que son ubicados en el lugar de la representación inferiorizada. Caben aquí corporalidades de las diversidades sexuales, conductas que se alejan de la norma en salud mental, cuerpos racializados y demás subalternizados. Es decir,

se incluye a las expresiones corporales que refutan los códigos normativos hegemónicos, representándolas como fuentes de “infección” social de la degeneración.

Las marcas con las luces y las sombras del diagnóstico de trastorno bipolar desde las voces de tres personas diagnosticadas con tal condición muestran esta tensión por el estigma al que convoca. De modo general, esta marca o estigma aparece como estereotipo, el cual presenta “ideas prejuiciadas respecto a un grupo de personas, permaneciendo una imagen simplista de los individuos, grupos, instituciones o culturas”.<sup>26</sup> En el caso de personas con diagnóstico de trastorno bipolar se observa su temor ante la idea que la sociedad las juzgue como “incapaces”. De ahí que su salud y tratamiento esté en manos de la institución psiquiátrica, pues gente con trastorno mental “comprobado” no es capaz de auto gestionarse completamente, según los criterios diagnósticos.

De tal forma, el *ignorante* como el loco presenta un comportamiento próximo a la niñez (desorganizado, sin límites marcados, irresponsable, inconsciente), por lo que requieren ser encaminados y disciplinados para evitar que irruman en el panorama adulto, ordenado y civilizado de la “normalidad”. Por ello, para Foucault, “serán psiquiatrizables todas las conductas del adulto en la medida en que, de una u otra manera, con la forma de la semejanza, la analogía o la relación causal, puedan asimilarse y referirse a las conductas del niño”<sup>27</sup>. Su corporalidad, su presencia, llama a la implantación de la ley y el orden, pues lo amenazan. Se requiere del control policial, psiquiátrico, médico, paternal, racional, organizado, masculino para volver “a la calma” y el respeto al orden.

---

<sup>26</sup> L., Campo, *Diccionario básico de Antropología*, Quito, Abya-Yala, 2008, p. 73

<sup>27</sup> M., Foucault, “Clases del 12 y 19 de marzo de 1975” en *Los anormales*, Buenos Aires, Fondo de Cultura Económica, 2008, p. 282

Pero más allá de esas elucidaciones, las protagonistas de estas historias desde la vida han gestionado el diagnóstico y sus implicaciones. Experimentaron la marcación de la “anormalidad”, pero también la reflexionan desde su propio dolor. Porque pese a todo, la “enfermedad mental se agencia en el conjunto de varios niveles, aunque lo que aparezca sea únicamente un síntoma en el cuerpo” (Guattari, 2005, 290). Uno de los factores que más impulsó la realización de esta investigación fue entregarles a estas personas un espacio de exposición de lo vivido. En las últimas décadas se ha dado espacio a testimonios de personas que han sido víctimas de torturas y violencia social, pero ¿por qué no conocer testimonios sobre torturas emocionales? A continuación, ese espacio brindado es ocupado con testimonios alrededor de su encuentro con la marca del diagnóstico, las sensaciones reales de dolor anímico y las resignificaciones que hace cada una desde su memoria autobiográfica, que expande el bosquejo cartográfico hacia perspectivas que superan ese contraste de luces y sombras del trastorno bipolar.

*En los últimos años, me diagnosticaron como bipolar. Ya era mayor. Tenía como cuarenta y pico de años. Así, ya grande, me diagnosticaron como bipolar. Dije: “Ya, Dios mío, con razón, algo me pasaba”. Después me puse a investigar sobre eso, bastante. Leí y coincidían muchas cosas. Se decía que es una enfermedad de las emociones y que es cuando falla un amor primario. Asumí que era el de mi mamá, porque en verdad fracasó ese amor, falló. Entonces, siempre sentí ese vacío, de que me faltaba esa madre incondicional. Y, bueno, luego, ya medicada, empecé a sentirme mucho más tranquila, mucho más estable. Pasaron algunos años, pero hubo épocas en que dejé la medicación y tuve subidas y bajadas, muchos problemas, sobre todo depresión, más que estar elevada.*

*En los últimos años, antes de que muera mi hija, que desde luego fue un golpe, el peor que he tenido, ya había sentido dolores así de profundos, terribles. (L.U., 22/07/2013).*

L.U. (60) eleva el recuerdo del momento del diagnóstico como bipolar a una escena de alivio. Siempre “desubicada”, criticada, sin lugar, al marcarle el espacio nítido e irrefutable del trastorno bipolar sintió que “por fin” se puede denominar a sí misma de algún modo seguro. Hay que considerar que el diagnóstico le llega tarde, después de idas y vueltas en su vida. Ser diagnosticada con trastorno bipolar, el “mal de la emociones, en el que falla un amor primario”, le coloca en un sitio de auto comprensión y ordenamiento de su propia vida afectiva. El medicamento le cae bien, porque es el “adecuado”. Hace pocos años muere su única hija y la golpea, pero el dolor inexplicable la había acompañado desde niña. Por eso, es importante conocer su descripción acerca de las sensaciones bipolarizadas que forman parte de su vida:

*El dolor ha sido tan profundo cuando he estado deprimida, que parece otra persona capaz de sentir eso y no yo misma (L.U. 09/08/2013). También, he notado que estoy con tendencia a subirme, a estar demasiado intensa y hablo demasiado. Ahí también me desgasto bastantísimo. Los dos lados súper agotadores. Me quedo despierta, inquieta y haciendo miles de cosas. Me quedo prendida y no hay manera de apagarme (L.U. 09/08/2013). Otras veces, es una tristeza tal que, ahí comprendes porqué la gente se suicida. Sabes que el suicida está enfermo ese rato, que está atravesando por un momento de tristeza inconmensurable. Casi, un dolor tan profundo que uno no sabe ni porqué es, pero vives ese dolor, se vuelve casi como un ente. El dolor casi tiene vida propia, lo inunda todo y solo eres capaz de sentir ese dolor y estás para él. No puedes funcionar. Yo llegué a estar en estado catatónico, así tirada sin moverme, dos, tres días pero en una misma pose.*

*Había épocas en que estaba un poco más controlada. Era cuestión de entrenarme para poder funcionar de una manera distinta. Eso me ayudó bastante, me ayudó mucho. Seguí medicada, pero ya estaba más consciente. Con eso aprendí mil cosas que me ayudaron muchísimo. Actualmente, he reconstruido mi vida y me siento capaz de ser feliz. He ganado el respeto de mí misma, para mí misma, más que nada a través de la escultura. Ahora, creo que estoy por lo menos parada en la Tierra, en este planeta y sé más o menos de qué se trata la vida. Antes no tenía la menor idea (L.U., 22/07/2013).*

*“El dolor casi tiene vida propia” nos cuenta L.U. De ahí que nos acerquemos al entendimiento de porqué la gente llega al suicidio. Su relato es contundente y lleno de contrastes. Las sensaciones de dolor que experimenta y que la llevaron a ser diagnosticada como bipolar son intensas. Pero también, con el tiempo, le condujeron hacia el arte: encontró la escultura y descubrió un centro que la “equilibró”. El “viaje” angustioso por reconocerse en un espejo propio se aquieta cuando tropieza con un puerto seguro: la explicación a su singularidad. El diagnóstico de trastorno bipolar llega también a L.S. (40) después de un largo recorrido:*

*Los diagnósticos cambiaban de acuerdo a cada médico que me trataba. Lo que tenían era el diagnóstico de depresión. Uno me decía “haber tómeselo”, pero no me hacía efecto. Me iba a otro médico y “tómeselo”. Pero no me ayudaba. No era suficiente solo tomar la medicación. Yo, más joven, inmadura también, simplemente, dejé la medicación y cuando me sentía bien mal mi mamá me llevaba a otro médico, a otro psiquiatra. Y me decía: “a ver que tomó antes”, entonces yo tenía que tener la lista de todo lo que había tomado. Y me daban otro medicamento distinto. La mayoría me dijeron era trastorno bipolar. Este diagnóstico es reciente, hace dos años. Porque antes de eso,*

*supuestamente, tenía solo depresiones y la doctora que me diagnosticó fue muy dura conmigo. Fue la primera vez que me diagnosticó y me dijo lo que tengo que hacer. Que no puedo dejar el trabajo, que tengo que hacer ejercicio, etc.*

*Para llegar al diagnóstico, fue un proceso saber qué mismo tenía. Así, fue un alivio que me digan tienes trastorno bipolar, en lugar de depresión, prefiero que me digan eso porque es más suave, menos grave. Después hacerme responsable de tomar mi medicación, hacer una psicoterapia, lógicamente a la par y por último saber que tengo que poner de parte, porque ninguna de las otras cosas puede funcionar si simplemente me acuesto en la cama y digo “hoy no me voy a levantar”.*

*Aceptar, tomar la medicación, confiar en que eso me está haciendo bien, la psicoterapia que me ha ayudado mucho y hacer ejercicio por ejemplo, hacerme responsable me ayuda. Mucho tiempo esperé que los demás hagan algo por mí, en el sentido de que el médico haga algo por mí, la medicación haga algo por mí, mi mami haga algo por mí, que me cuide, mi ñaña haga algo por mí, pero yo sola ahí acostada a ver hasta cuándo me siento mejor. Lo malo del trastorno bipolar es que la medicación no es de efecto inmediato. Sino que los antidepresivos empiezan a actuar en quince días a tres semanas, entonces eso es lo más desesperante. Uno no puede decir: “mañana me voy a sentir mejor”. Pienso que eso influyó en que me desanimara, porque tal vez ellos (médicos) no me explicaban. Ahora, con el tiempo, he entendido que sí se necesita tomar medicación, porque es algo que a uno le falta, por ejemplo para compensar la serotonina, se necesita asimismo hacer ejercicio.*

En este punto, se puede reconocer que cada una de las narradoras asume el diagnóstico entregado por el discurso psiquiátrico, de acuerdo a su historia personal de

vida. Cada detalle narrado anteriormente se entreteje para recibir esa marca y el tratamiento psicofarmacológico de modo irrefutable. L.S. también sintió alivio al reconocerse con una etiqueta “adecuada” a sus intensas sensaciones. Aunque su aparente obediencia como paciente psiquiátrica es ejemplar, las etapas de dolor emocional intenso no cesan:

*Cuando estoy deprimida no quiero que amanezca, no quiero que comience el día y tampoco quiero que acabe la noche, porque pienso que si se acaba la noche ya viene el siguiente día. Temo enfrentar la vida en general. Veo las cosas más grandes de lo que son. No tengo ganas de maquillarme, ni de salir, ni de hablar con mis amigas. Si me llaman, hago lo posible por no hablar, no quiero que se enteren que me siento mal. A veces, veo que alguien habla con otra persona y pienso que están hablando o se están riendo de mí. Alguna vez ya me han explicado que no es así, por lo que me digo: “no, tranquila, no es de ti”. Además, no tengo ganas de comer, siento que mi estómago está duro, como una piedra y lógicamente bajo de peso esos días. Creo que todas las personas normales tienen días en los que se sienten tristes, muy tristes. Pero, en el caso de las personas que son como yo, tenemos varios días que a veces se pueden hasta convertir en un mes en que se necesita esfuerzo para llegar a decir: “bueno, no importa, me siento mal, pero hoy me levanto y me voy al parque”, o “no quiero ir a trabajar, pero me voy a trabajar”.*

*Por otro lado, me preocupa que la pareja me entienda. Cómo le va a decir uno a la pareja: “oye, tengo depresiones”. Porque, en algún punto antes de casarse, uno tiene que decirle. Entonces, cada vez que me deprimó, pienso en todo lo negativo y digo “ningún hombre va a querer casar conmigo”. O digo que tiene que ser psiquiatra (risas) o psicólogo. Pienso en estos prejuicios y que vaya a pensar: “se va a suicidar o va a intentar suicidarse y voy a tener que lidiar con que ella”. La persona que tenga que estar a mi lado debería saber sobre eso, porque si solo oye depresiones se piensa en cosas negativas. La*



*verdad, sí he querido morirme, que me caiga un rayo, por ejemplo, pero no he hecho nada, eso nunca ha estado de mi parte. A veces he dicho: “ay Diosito, ya llévame porque siento que ya no aguanto”, pero la verdad es que no he hecho, pero tengo mucho miedo de que me rechacen. Es que hay muchos prejuicios frente a las enfermedades mentales, porque está acá arriba (señala la cabeza). Diría que es más grave, porque es la mente la que se afecta. Por ejemplo, si tiene gastritis uno debe ir al médico y le da la medicación. Pero si está deprimida y aparte de tomar su medicación no pone de su parte, terminan las cosas mal. En mi caso, dejaba mis trabajos o estudio. Siempre me he dicho “es una enfermedad”, eso es lo que marca.*

*Cuando me deprimó no cuidó de mi cuerpo, porque comienzo a comer mucho, desesperadamente. Se demuestra con la ansiedad y mi mente no para de pensar en qué más voy a comer. Cuando como sí siento alivio; pero al mismo tiempo, culpabilidad. Me digo: “me estoy haciendo daño y si exagero en comer por la noche de ley no voy a dormir bien, voy a tener sueño cortado. El cuerpo sigue trabajando y no descanso bien”. Pero, no me importa, porque como estoy así, con la ansiedad, pienso que la única solución es comer.*

*Ahora acepto mejor el tratamiento. Tal vez sea que, simplemente pienso que la medicación me ayuda y actúa de la manera que tiene que actuar, se ha convertido en una necesidad. Ni siquiera sé qué hace cada pastilla, pero sé que las tengo que tomar. En conjunto van a tener el efecto que yo necesito para controlarme. Pero, a pesar de eso y que las tomo a diario, hay momentos en que me llego a deprimir. Depende del medicamento como un cincuenta por ciento, o tal vez hasta un treinta por ciento, del otro setenta por ciento depende de mí.*

*Miro al futuro, podría estabilizarme unos años en el matrimonio, me organizo y después hago un PhD. No sé, lo que esté marcado en mi destino. Esperemos. En este*

*momento, estoy súper contenta, creo que he logrado muchas cosas y lo que está por venir también depende mucho de mí. Me he dado cuenta que no debo vivir lamentándome, sino también valorando lo que sí he alcanzado (L.S., 08/08/2013).*

En el relato de L.S. hay una pelea interna entre lo que siente y lo que valorativamente está bien. Por ejemplo, a veces ha deseado morir, pero no se atrevió jamás a intentar auto eliminarse. La vergüenza aparece a la par que el agradecimiento por ser diagnosticada y tratada por el trastorno bipolar. Tiene anhelos por cumplir, como tener una familia y pareja, pero teme por los prejuicios sociales expuestos respecto a su condición. Las sensaciones que experimenta, igual que en las otras narradoras, no son aislados, se construyen desde una visión molar: el bipolar es... y ella lo acepta. Y, al mismo tiempo, lo que siente afecta la relación con el mundo. Desde una posición más crítica encontramos a B.S. (24) y su testimonio acerca del enfrentamiento al diagnóstico de trastorno bipolar, que no implica ningún “alivio mágico”, más bien, interrogantes:

*El psiquiatra nunca me dijo “usted tiene trastorno bipolar”. Por accidente miré en las hojas del doctor que decía: “trastorno bipolar”. Me empiezan a mandar una medicación en específico para el trastorno bipolar. Ya no es depresión, ya no es ansiedad, ya no es nada más, eso era medicación para el trastorno bipolar. A veces creo que es mentira. Y si te dicen bipolar en algún rato, pues socialmente es un insulto. Incluso hay el dibujo, de “feliz/ triste”. Pero si uno en serio pudiera tener momentos de felicidad, por el trastorno sería súper compensatorio, pero no hay felicidad, es manía y no te da felicidad, te cansa.*

*El trastorno bipolar, visto desde afuera, te muestra como una persona que no tiene la capacidad de mantener posturas, decisiones, que eres un día sí y otro día no. No es lo que he vivido. Yo he sido muy firme, muy estricta conmigo, incluso a veces con los demás.*

*Si fuese un día sí y otro día no, pues no sería yo. Son temporadas, son crisis, son momentos que sólo quien vive puede experimentarlos. El tener un episodio de depresión es mal visto socialmente. El tener sentimientos de autodestruirse, el hecho de que no sea nadie más el que quiera hacerte daño, sino uno mismo, luchar contra eso es muy fuerte. Para mí morir es descansar. O los episodios de manía en los que quieres correr, gritar, en mi caso romper o hacer cosas repetidas. Saber que eso se ve mal, que da vergüenza y no poder controlarlo es terrible, abrumante, difícil. No es un día sí y un día no.*

*Le conté a un amigo hace poco, que tengo trastorno bipolar y me dijo: “creo que es una enfermedad que está de moda”. No sabes lo que es, porque son etiquetas absurdas. Incluso una crisis por trastorno bipolar, ahora sé que te lleva al hospital y es una emergencia médica. No es que te traten mal o te traten bien, es el hecho de que la presión diaria empieza a afectarte y llega a un punto donde físicamente te descompensas. Cuando sufro un período de presión, me acuerdo hasta de mi infancia y sufro. Manejo bastante bien la depresión, porque es una lucha entre mi consciente y mi inconsciente. Se podría decir que existen dos personas en mí, porque mientras hay algo que me dice que tengo la peor vida del mundo, hay una parte en mí, muy profunda, que dice “!pero no es así!*

*Tengo dos condiciones que son estigmatizantes. Soy homosexual y tengo un trastorno mental. Oculto más el trastorno, porque de cierta forma, la homosexualidad vista desde afuera es una aberración sexual, es algo que pasa en la cama, no te incapacita, por lo menos en esta época no. Una enfermedad mental está asociada con la agresividad, está asociada con la incapacidad, con la falta de inteligencia, con cosas mucho más estructurales. Al fin de cuentas si trabajas con alguien que no tolera la homosexualidad te puede decir: “lo que hagas en tu cama no me interesa, mientras a mí me cumplas aquí, basta y sobra”. Pero un trastorno mental, aquí sí lo ven como que “no vas a poder”.*

*Definitivamente, no diría en mi trabajo que soy bipolar. Incluso hay estudios en los que se dice que los niños que crecen en entornos con padres homosexuales, al ser más deseados, tienen más seguridad. Pero no hay un estudio que diga que bipolares pueden ser buenos padres (30/07/2013).*

*Yo creo que así como hay comentarios estigmatizantes para los negros, para los cholos, para los indios, para los gays, para los ateos, para los católicos, hay estigmas para las personas que se deprimen. Podríamos hacer un libro y una lista bastante larga de los comentarios. Pero, las personas que están del otro lado de la depresión deben entender que es una lucha con uno mismo. La tolerancia que se maneja es: “yo soy normal y perfecto y me aguanto que tú seas así, de un nivel inferior”. Esos sentimientos para nada caben si queremos ayudar a una persona que se deprime. Creo que lo importante es la empatía. El problema es que ni siquiera los mismos profesionales tienen claro los alcances de la mente. Ni siquiera las personas que estudian neurología, psiquiatría, psicología, tienen claro los alcances de la mente. Entonces para la humanidad todo lo que es desconocido provoca miedo y el miedo provoca estigma. Mientras, que la diabetes es un proceso controlado, que todo el mundo sabe que necesitas insulina, es conocimiento común. Para las enfermedades mentales hay solo el estigma presente como conocimiento popular.*

*La crisis depresiva es la más identificable. Me puedo dar cuenta con más rapidez y lucho contra esa más fuertemente. Los sentimientos de culpa, de tristeza se agudizan mucho y de ahí es como ir cayendo en un pozo. El dolor que voy sintiendo no sé de donde viene. Dicen que es la serotonina que se baja, es lo que te dice el doctor. El otro tipo de crisis, sensaciones de euforia, es más difícil para mí. Debo hacer movimientos repetitivos en cualquier circunstancia y en cualquier lugar y deben tener un ritmo, una sintonía y un*

*número. Siento tanta presión en el cuerpo y es mucho más difícil para mí explicar. Quiero salir corriendo. Sería más fácil explicarlo en una pintura: poner algo blanco y coger rojo y negro y revolver y eso es lo que siento con las uñas, con las manos, con los pies.*

Ahora delineemos una cartografía que incluya ejes teóricos y emocionales que acompañen los paisajes testimoniales. Las introducciones de las tres historias generan un claro enlace entre el marco social, reflejado en las relaciones familiares más cercanas a las protagonistas. Pese a existir algunas coincidencias, destaca la relevancia de la singularidad de cada testimonio. No es lo mismo el testimonio de una persona marcada por un trastorno mental, al de un preso político, al de una víctima de secuestro o al de un enfermo terminal, por sentar comparaciones generales. Así, en el pasado indagué sobre testimonios de personas que habían padecido la estigmatización por una enfermedad que atacó sus cuerpos. En esa ocasión observé la transformación que surge, a modo de pérdida, en sus vidas a partir de la identificación del mal de Hansen:

Era un hombre que empleaba con facilidad las manos para el trabajo duro del campo (...) miraba mis manos y me miraba a mí mismo cuando se movían (...) cuando la enfermedad empezó a aparecer, mis manos se deformaban poco a poco y también me volvían un poco inútil (...) dejé de tener las mismas manos que agarraban fuertemente los instrumentos de trabajo y que podían acariciar a los familiares.(O.O. en L. Campo, 2012: 60)

En aquel caso, como en las personas llamadas “bipolares” que presentan su testimonio, la identificación con una condición de salud estigmatizante marca un antes y después en la vida de quienes la padecen. El diagnóstico del trastorno bipolar en las historias desde la vida desplegadas ha sido prerrogativa de la institución psiquiátrica. Pero

¿cuáles son los criterios que se tejen para determinar quién es “sano” y quién “trastornado”? A pesar de su poder y alcances todavía vigentes se le refuta lo siguiente:

La psiquiatría no se ha constituido en modo alguno en relación con el concepto de locura, ni siquiera con una revisión de ese concepto, sino más bien en relación con su disolución en esas dos direcciones opuestas. ¿No nos revela así la psiquiatría esa doble imagen que todos tenemos, parecer locos sin estarlo, estarlo sin parecerlo? (Esa doble constatación será también el punto de partida del psicoanálisis, su manera de enlazar con la psiquiatría: parecemos locos, pero no lo estamos, ved si no el sueño, estamos locos, pero no lo parecemos, ved si no la vida cotidiana)<sup>28</sup>.

Según tal cuestionamiento, cualquiera de nosotros/as podría ser categorizado como enfermo mental si lo “parecemos” y viceversa. En tal caso, el trastorno bipolar, como categoría diagnóstica psiquiátrica, obedece al espacio *molar, sedentario, estriado, segmentado o arbóreo* (en términos empleados por Deleuze y Guattari). Mientras que, al expresar su testimonio, estas mujeres aportan una narrativa molecular, singularizada en el espacio liso o nómada. El bipolar no es quien fluctúa fácilmente entre la alegría y la tristeza, “eso sería compensatorio” nos dice B.S. La “anomalía” que muestra su estado de ánimo es una bofetada a la pretensión estabilizadora y centralizada de la mal entendida salud mental. Comprender la llamada “enfermedad mental” es más complicado de lo que aparenta y conlleva más elementos que los puramente clínicos.

Al testimoniar sobre su condición de personas diagnosticadas con trastorno bipolar, las tres narradoras se ubican en un espacio más grande que su intimidad: lo macro social, que innegablemente influye en el tratamiento de sus fluctuaciones emocionales. Se reflejan

---

<sup>28</sup> G., Deleuze y F. Guattari, *Mil Mesetas. Capitalismo y esquizofrenia*, Pre-Textos, Valencia, 2006, p. 125

en un espejo social identificable y por otro lado, dan cuenta de un espacio molecular, creativo que se aparta de esa identidad macro. Es que es importante “considerar como casos particulares los modos de individuación de la subjetividad: momentos en los que la subjetividad dice yo, o super yo (ego o super ego), momentos en los que la subjetividad se reconoce en un cuerpo o en una parte de un cuerpo, o en un sistema de pertenencia corporal colectiva” (Rolnik y Guattari, 2005, 47). Esto se materializó cuando tuvieron la oportunidad de conocerse (14/08/2013) y contrastar las vivencias de cada una. Llegaron a esa sensación de pertenencia corporal colectiva en la que se repiten cosas en común y pudieron verbalizar: “también soy bipolar”, aunque diferente a ustedes.

Por otro lado, al recoger algunos pasajes de los testimonios se puede identificar el lugar relevante que tiene el consumo de medicamentos, que implica una cierta “obediencia” al criterio médico. Recordemos que estas tres mujeres, si bien alguna vez pasaron por la internación psiquiátrica, son personas que viven fuera de ese espacio. Habitan las ciudades, trabajan, se enamoran y sufren en la cotidianidad de su hogar. No están bajo el control del psiquiátrico. Sin embargo, Restrepo alerta de la sustitución del modelo de control manicomial con las tradicionales coerciones físicas y mecánicas, por el control ejercido mediante, lo que él denomina, “camisas de fuerza química”. Es decir, la utilización de fármacos para administrar la locura, a fin de imponer el comportamiento esperado socialmente a través del uso de incontables drogas que actúan de forma invasiva y agresiva sobre los pacientes (Restrepo, 2000: 46-47). La administración de esa singularización está ahora también en manos de las propias protagonistas, que aceptan la medicación como parte de su vida, no sin recelo.

De la misma manera que participan de la administración de la medicación, administran las líneas que presentan en sus testimonios (recordemos que la memoria tiene capacidad de enunciación política) y a través de estos pueden participar de la construcción del objeto de conocimiento del que forman parte. Es así que una de las cosas que más me ha sorprendido en esta investigación es que al iniciar suponía que la marca del diagnóstico de trastorno bipolar tendría un tinte negativo. Sin embargo, ellas subrayaron el carácter funcional de esa situación. Las tres mujeres identifican al momento del diagnóstico como positivo, las alivió de la incertidumbre por sus rasgos de conducta diferente a lo deseable. En tal caso, ¿no sirve para eso el diagnóstico, para sacarnos de la incertidumbre de no saber? El mencionado diagnóstico se convierte, en el cuerpo del relato de las narradoras en una cartografía contingente para enfrentar la vida y resignificarla.

Dicho aporte de sentido por parte de las tres mujeres, cuestiona el lugar del que sabe y conoce. Por eso me parecía, desde un inicio, fundamental el despliegue de los sentidos que cada actora testimonial tenía para entregar sobre el tema del diagnóstico. Porque, entre cada punto del cuerpo social, desde lo molar a lo molecular, entre el que supuestamente sabe y aquel que es tachado de no saber “pasan relaciones de poder que no son la proyección pura y simple del gran poder del soberano sobre los individuos; son más bien el suelo movedizo y concreto sobre el que ese poder se encadena, las condiciones de posibilidad de su funcionamiento”.<sup>29</sup> La voluntad de poder aparece para someter a la colectividad dentro de un conjunto de prácticas y creencias consideradas reales y verdaderas, esto con la ayuda de una voluntad de saber que marca a los sujetos que están inscritos dentro del discurso como “quien sabe” y deja al resto en el no saber. Eso me

---

<sup>29</sup> M., Foucault, *Microfísica del poder*, Madrid, La Piqueta, 1992, p. 116



plantea dos interrogantes: ¿si la aparente obediencia y alivio que muestran las participantes ante el diagnóstico es producto de esa voluntad de saber? Y ¿Ese alivio frente al diagnóstico es una forma de agenciamiento, mas no de obediencia, siendo el reconocimiento de la diferencia?

Además, de lo que nos presentan los relatos testimoniales se desprende el cuestionamiento de la permanencia del dolor en sus vidas. Tal vez, la aparente obediencia al discurso psiquiátrico es más bien una búsqueda por aliviar el dolor emocional que sienten. Si después de ingerir medicación, siente un nivel significativo de mejoría es comprensible que traten de mantener el tratamiento farmacológico. Pero, no lo hacen acríticamente. B.S., por ejemplo, cuestiona la manera en que recibió el diagnóstico y también, la forma en que la sociedad etiqueta el estado emocional bipolar. Hace uso del espacio ofrecido para su testimonio, realizando, según considero, un agenciamiento colectivo, el cual no corresponde a un espacio individual, ni social preestablecido, sino por el poder de enunciación que gestiona a través de su relato (que produce subjetividad). De ahí que, “esos procesos son doblemente descentrados. Implican el funcionamiento de máquinas de expresión que pueden ser tanto de naturaleza extra personal, extra individual como singulares” (Rolnik y Guattari, 2005, 45). Parte de una vivencia personal, que tiene tintes grupales comunes y establece un relato singularizado.

Es decir, la identificación con el referente “bipolar” de las narradoras no es pasiva. La eficacia del mismo consiste en que provoca deseo en el actor social. Según el orden dominante el deseo es “un flujo que tiene que ser disciplinado, de modo que pueda instituirse una ley para establecer su control” (Rolnik y Guattari, 2005: 256), consiste en la figura bestial del deseo. Pero éste tiene mayores implicaciones. “El deseo es siempre el

modo de producción de algo, el deseo es siempre el modo de construcción de algo” (Ídem). Esta percepción más “lúdica” del deseo puede explicar mejor la actitud de las tres mujeres frente al momento del encuentro con el diagnóstico del trastorno bipolar. Al aceptar esta categorización clínica, ellas están actuando según unas micro políticas del deseo, están construyendo una forma de enfrentar sus dolor, causado quizás por un macro entorno social determinado. Puesto que, “el deseo solo puede ser vivido en vectores de singularización” (Rolnik y Guattari, 2005: 62), del espacio *molecular* y *liso*, se presentará en constante movilización y transformación.

Así, el diagnóstico de trastorno mental mostraría una relación alienante en la que “el individuo se somete a la subjetividad tal como la recibe, o una relación de expresión y de creación, en la cual el individuo se reapropia de los componentes de la subjetividad, produciendo un proceso que se llamaría singularización” (Rolnik y Guattari, 2005: 48). La “sujeción” al deseo molar de un sistema catalogador de las conductas “anormales” genera cambios en su mirada referencial del mundo. También, abre la posibilidad a que esta cartografía de aceptación de la etiqueta sea reconstruida en cualquier momento, por acción de la singularización. Quizás, ese es el principal aporte que ellas nos entregan en sus testimonios. En conclusión, “una cosa es la individuación del cuerpo. Otra, la multiplicidad de los agenciamientos de subjetivación, la cual está esencialmente fabricada y modelada en el registro de lo social” (Rolnik y Guattari, 2005: 46). Si B.S. (24), L.S. (40) y L.U. (60) nos presentan testimonios personales sobre las marcas del trastorno bipolar, necesariamente éstos no están aislados, sino que convienen en un registro común y agenciamiento macro social. Los testimonios aparecen contextualizados en un mundo social determinado.

## **CAPÍTULO SEGUNDO**

### **BITÁCORA CORPORAL: MEMORIAS EN MOVIMIENTO**

En el segundo capítulo se presenta la memoria en movimiento de las experiencias “bipolares” inscritas en el cuerpo. Esto no implica dejar de lado las palabras, sino vincular el testimonio verbal con el corporal, aspiración máxima de esta investigación. Los movimientos de los que se habla son un registro de la memoria autobiográfica de las narradoras, así como experiencias de textualidad de aquello que el testimonio verbal no alcanza a relatar. A partir de una “puesta en escena” de las participantes, se presenta la “bitácora corporal” de los testimonios dancísticos, fruto de la creación y reflexión de las tres mujeres acerca de sus propias historias de inscripción del diagnóstico del trastorno bipolar.

En esta tesis se habla de “bitácora corporal” para tratar el trabajo del cuerpo en función de la búsqueda y construcción de una cartografía de memorias y sensaciones vinculadas a experiencias determinadas. La bitácora corporal es una propuesta mía, que la he aplicado en algunas sesiones de psicoterapia y clases de expresión corporal. La bitácora, como el testimonio y la memoria aluden a procesos dinámicos, variantes y de percepciones construidas en un tiempo y espacio determinado. Se “dibujan” desde el presente. El movimiento implica el producto del testimonio corporal, pero también la posibilidad de reconstruir y representar lúdicamente las marcas de diferencia que llevan a la aceptación de un diagnóstico mental. En el presente capítulo las tres participantes y la investigadora nos cuestionamos sobre la capacidad creadora del trastorno bipolar, dentro del espacio de singularización, discutiendo acerca de distintas entradas conceptuales al arte del movimiento (la danza) como fuerza creadora y terapéutica.

## 2.1. EL CUERPO COMO CONDUCTOR DE CONOCIMIENTO

Después de revisar los testimonios verbalizados de las tres participantes en la presente investigación tratamos de visualizar las marcas que deja el diagnóstico del trastorno mental en su subjetividad. Uno de los aspectos que destaca el capítulo anterior consiste en que, pese a la determinación por verbalizar lo mejor posible sus sensaciones “bipolares” y el dolor existencial que las acompaña, a veces las palabras son insuficientes. B.S. (24), por ejemplo, al intentar describir sus sensaciones durante la fase “eufórica” tuvo dificultad, admitiendo que hay cosas que simplemente rebasan los límites de las palabras: *“siento tanta presión en el cuerpo y es mucho más difícil para mí explicar. Quiero salir corriendo. Sería más fácil explicarlo en una pintura: poner algo blanco y coger rojo y negro y revolver y eso es lo que siento con las uñas, con las manos, con los pies”* (cfr. p. 63). Esto nos lleva a considerar que aún si otorgamos un lugar central a los testimonios de personas estigmatizadas, la verbalización es insuficiente y deja de lado otras formas de aprehender la realidad. Con ello, la danza muestra su carácter sanador.

En tal sentido, podemos hacer nuestra cartografía autobiográfica de nuestros momentos de aprendizaje, especialmente académicos. Aunque, nos ufanemos por emitir palabras más que los demás para dar cuenta de nuestros “avances” e interés en el conocimiento, se aprehende también con las sensaciones del cuerpo. Además, sin el cuerpo no seríamos capaces de emitir palabras. No se pretende presentar otras dualidades o bipolaridades, tales como cuerpo/palabra o cuerpo/alma. Sino, resaltar el hecho de que si las narradoras nos cuentan sus impresiones acerca de la marcación a partir del trastorno mental y sus “anormalidades”, las sensaciones corporales tendrían algo que decirnos. Porque, “ni el cuerpo puede determinar al alma a pensar, ni el alma puede determinar al

cuerpo al movimiento ni al reposo, ni a otra cosa alguna (si la hay)”<sup>30</sup> hay una correspondencia entre el cuerpo y lo que concebimos como alma. Una reciprocidad entre lo que construimos como memoria y las intensidades con las que las relatamos y sentimos en las corporalidades subjetivas/singularizadas.

Siguiendo el pensamiento *deleuziano*, se dirá que “todo tiene una historia. La filosofía también cuenta historias. Cuenta historias con conceptos”.<sup>31</sup> Del mismo modo, las personas con diagnóstico de trastorno mental tienen una historia y la cuentan con cimientos testimoniales hechos de palabras y cuerpo. Éste último es más complicado registrar para un trabajo académico como el que nos atañe, pero necesario porque “el cuerpo parece algo evidente, pero nada es, finalmente, más inaprehensible que él. Nunca es un dato indiscutible, sino el efecto de una construcción social y cultural”.<sup>32</sup> Y, dado que a lo largo de esta investigación se ha discutido la interrelación molar y molecular, lo liso y estriado, lo social y subjetivo, es el momento propicio para explorar las cartografías que las tres mujeres han testimoniado y que dan pauta para pensar y sentir una bitácora corporal de las marcas inscritas en sus subjetividades. En las líneas de los testimonios que siguen observaremos palabras que nos conducen a sus cuerpos:

*Yo he pasado por varios intentos de suicidio, más de cinco, más de diez, no sé cuántos, pero todas las veces que he intentado nunca he sentido dolor. Quieres aplacar el dolor emocional con el dolor físico, que no lo siento. La depresión te destruye todas esas motivaciones para vivir y te presenta razones para morirte [...] Cuando estás deprimido, compungido, quieres protección. Que te recojan. Un abrazo de cierta manera te alivia esa*

---

<sup>30</sup> Baruch, Spinoza, *Ética demostrada según el orden geométrico*, Editora Nacional, Madrid, 1980, p. 126

<sup>31</sup> GillesDeleuze, *¿Qué es el acto de crear?*, Conferencia en la Femis (La Escuela Superior de Oficios de Imagen y Sonido) el 15 de mayo de 1987 en <http://www.youtube.com/watch?v=GYGbL5tyi-E>

<sup>32</sup> D., Le Breton, *Antropología del cuerpo y modernidad*, Buenos Aires, Nueva Visión, 1995, p. 14

*presión que tienes en el pecho. Igual cuando estás muy hiperactivo se podría decir, o con mucha energía pasa también lo mismo, y las diferentes posiciones del cuerpo, de la cabeza ayudan mucho. La corporalidad y la química corporal brindan mucho beneficio, entonces, es como la energía de la tierra.*

*[...] Pero, una no sabe dónde tocarse para parar eso. Cuando te duele el estómago te tocas la panza, pero cuando te vas deprimiendo no sabes qué tocarte para sostenerte y que se vaya. Cuando estoy deprimida las manos tienen que estar cerca del cuerpo. Como sensación de abrazo. Al estar triste una trata de esconderse, de taparse, auto-consolarse. Incluso cuando te dan una mala noticia, la reacción automática de las manos a la cara. Me parece que también es de mis reacciones llevar las manos al pecho, a la cara, como símbolo de tratar de protegerse. Ahora, pues es mucho más decente. Encontré una forma de canalizarlo: rompo cosas de vidrio. Es como si quisiera que pase con mi cuerpo ese chasquido así, ¡pug! ¡Que se reviente en mi cuerpo! Que se empiecen a romper vasos sería como el desfogar esa sensación, me provoca alivio. Lanzo con fuerza y suena como me siento. Ayuda a que se baje la euforia. Para la descripción, sería como un garabato. Esto es lo que siento. Mientras que si me pides que dibuje la depresión es difícil, pero puedo verbalizarlo. Lo otro no, es más complicado. (B.S., 30/07/2013).*

B.S. remite a lugares de sentido que no son suficientemente explicados y vividos por la verbalización. Resulta interesante que aluda en esta parte del testimonio a situaciones del deseo de autodestrucción para aliviar el dolor. Puede servir para empezar una nueva investigación que intente esclarecer las tentativas suicidas. Para B.S. el dolor es experimentado por su cuerpo, por ella que es su cuerpo. Y solo a través de proyecciones violentas puede “desfogar” ese dolor, en su caso, por medio de cosas que se rompen, que se

convierten en disolución del sufrimiento, por ejemplo, en el sonido del vidrio que se rompe. Posiblemente porque, “el ser humano se representa compuesto por un espíritu y un cuerpo, distintos y unidos a la vez”<sup>33</sup>. El cuerpo, la piel es la corteza del yo del sujeto. La relación entre las sensaciones y la subjetivación (el yo) construyen el posicionamiento del sujeto frente al mundo, tanto como mecanismo de identidad, como de malestar con la marcación de esa subjetivación. El dolor se alivia al romper cosas existentes en la realidad corporalizada, no en la abstracción de las palabras.

A continuación, un fragmento del testimonio de L.S. (40), que refuerza la noción de correspondencia entre el ámbito de las sensaciones y las emociones, que se construyen según el material cultural circundante:

*Un sentimiento de culpa me acompañó por años. He pensado que soné que él se iba a morir y yo pude hacer algo. Sé que es algo absurdo, pero pasé muchos años pensando eso, que pude impedir que él se muera. Yo creo que Dios quería decirme y prepararme de alguna manera para ese momento, pero yo no lo entendí. Un día, también justo seis meses antes de que él se muera, soñé que entraba simplemente a una habitación como de hospital y él estaba allí. Entraba y solo había una cama, sábanas blancas, él acostado y ya estaba muerto. Preguntaba: “¿Dios qué pasó?”. Él me decía “ya se murió”, desesperadamente le decía “no, no puede ser, no se puede morir, estamos tan contentos, no te lo puedes llevar ahora”. Él me decía: “bueno, te voy a dejar que viva un día más, para que ese día que viva, pases con él”. Entonces, pasó ese día y se acabó y yo igual me quedaba triste. Pero, con las creencias que tienen los viejitos, mi abuelita dijo: “como no contaste el sueño antes del desayuno, se cumplió”. Siendo joven de dieciséis años, le creí y*

---

<sup>33</sup> Didier Anzieu. *El Pensar. Del Yo-Piel al Yo-Pensante*, Madrid, Biblioteca Nueva, 1995, p. 21

*comenzó a fabricarse un pensamiento ahí dentro de mí que terminó en: “por mi culpa mi padre se murió, pude haber hecho algo”. A él nunca se lo dije (19/07/2013).*

*Ahora, me veo en mi padre de alguna manera. Como murió de cuarenta y uno, un tiempo yo estaba con la idea fija de que me va a dar un infarto, de que me voy a morir pronto. Había épocas en que cuando estaba en crisis, cuando me deprimía, no podía dormir, me levantaba varias veces por la noche y la molestaba a mi mami. Decía: “me duele el brazo, mami es que me va a dar infarto, es que me voy a morir”. Quería de alguna manera parecerme a él y espero que esa idea ya haya salido un poco de mi cabeza porque, a ratos, pienso que yo también debo morir pronto. También he razonado que ahora yo tengo una medicación, tengo un tratamiento, estoy haciendo muchas cosas que él no pudo hacer. Pero hay muchas cosas que me esperan: una familia, una pareja por lo menos (L.S., 19/07/2013).*

*[...]Cuando me miro al espejo quiero ser más delgada. No me gusta ser gordita, siempre me han llamado gordita en la familia. Parece que siempre lo fui. Quiero ser más delgada para que me guste mi cuerpo. A veces pienso que vivo también de la opinión de los demás, a ver si ellos me aprueban, yo me apruebo. Si me acepto en mi cuerpo no voy a sacar nada, capaz y que hasta subo un poco más de peso (risas). Como quiero conseguir a alguien, si yo mismo no me siento bien, sé que transmito eso a las otras personas y no me ven bien (L.S., 19/07/2013).*

En el relato de L.S. hay dos circunstancias que marcan su relación angustiosa con la corporalidad: la muerte prematura de su padre (que vincula con el inicio de sus crisis depresivas) y el considerarse “gordita”, respecto a los parámetros sociales establecidos. En cuanto a esto último, cabe relacionar con lo que L.U. (60) vivió en una época social de



cambios culturales y los conflictos que le generó con su cuerpo. Así: “*admiraba a unas hippies sin busto y sin sostén. En cambio, yo era bustona [...] Además, era bien narizona y me quité lo mejor que tenía: soy operada la nariz. Los estereotipos que estaban tan metidos en mí...*”(cfr. p. 36). Debido a una sociedad de mercado, que contempla las “competencias” y las relaciones de compra y venta, “los individuos dejan de *ser* un cuerpo para *tener* su cuerpo, este pierde su carácter de relación con los otros; ya no es, según Lacan, *el cuerpo el lugar del Otro*, para convertirse en un medio de las relaciones más objetivas con los otros; instrumento de su manipulación, dominación, explotación, exclusión...” (M., Dupret y J., Sánchez Parga, 2013: 195). La relación con una subjetividad corporeizada, también está ligada a la vida molar y sus parámetros.

Por ende, las marcas de diferencia en las relatoras las estacionan en una mirada funcional y moderna del cuerpo. Pues, “si el cuerpo es el principio de individuación, la marca física (espacial) de sus diferencias, a partir del cual se toma conciencia de subjetividad, hay que preguntarse cuáles son los efectos en individuos modernos que están pasando de ser un cuerpo subjetivado a tener un cuerpo objetivado”.<sup>34</sup> Así, es posible comprender también su relación con el ámbito farmacológico y la vergüenza de ser catalogadas como “incapaces”. De tal forma, se identifica como caso ejemplar de esa separación efectiva entre cuerpo y subjetividad cuando “se cuida el cuerpo como si se tratase de una máquina de la que hay que obtener un rendimiento óptimo” (D. Le Breton, 1995: 158). Es así que, el malestar con “uno mismo” no implica aislamiento, sino correspondencia con lo que sucede en el entorno. Por eso, la otra relación angustiosa con la corporalidad de L.S. abre un puente de diálogo con el siguiente testimonio de L.U.:

---

<sup>34</sup> J., Sánchez Parga, *La transformación antropológica del siglo XXI. El homo oeconomicus*, Quito, AbyaYala, 2013, p. 106

*El primero de diciembre, era la segunda Navidad que iba a pasar sin mi hija, me voy al “Salón del Juguete” y cae tremenda lluvia. Cuando salgo a la Amazonas y Orellana, caigo sobre un poste de la ciclo vía y me doy en el corazón. Tengo dos costillas hundidas, estas dos sobre el corazón y con fracturas aquí y allá. Hasta el día de hoy me duele. Pasé como cinco meses sin moverme. O sea, me di en el co-ra-zón, justo ahí, eso me podía haber matado, porque fue impacto directo en el corazón, y no me mató, caí a un lado, pero tengo hundidas las costillas. Hundidas dos sobre el corazón. Creo que fue algo que de alguna forma me hice a mí misma, porque lo que ocurrió en ese tiempo me hirió en el corazón. Casi pierdo la vida realmente, sobreviví porque no me llegó el día de morirme. Pasé súper mal, una buena época, y después ya, me recuperé. Es una muestra de que somos una sola cosa, no estamos la mente separada por acá, creo que todos somos así. Mente y cuerpo es lo mismo. Pero siento que estoy así, hundida en todo (L.U., 22/07/2013).*

En esta parte del texto, tanto el testimonio de L.U. (60), como el de L.S. (40) refieren a la integralidad del sujeto con el cuerpo, mostrando una noción común de interconexión vida/muerte y cuerpos/otras realidades. En esa dirección, Deleuze, reinterpretando a Baruch Spinoza, señala que las nociones comunes “se revelan como esencialmente políticas, a saber: se trata de la construcción de una comunidad”, porque “todos los cuerpos son lazos tendidos, la velocidad y el movimiento como noción común a todos los cuerpos”,<sup>35</sup> relacionándose con la construcción de un conocimiento colectivo. A pesar de que las narradoras establecen una distancia entre el cuerpo y su mente (como al afirmar que es más vergonzosa la enfermedad mental que la “física” o corporal), convienen

---

<sup>35</sup> G., Deleuze, *Pintura. El concepto de diagrama*, Buenos Aires, Cactus, 2007, p. 289

en una parte del testimonio en que hay percepciones que conectan su sensación personal con la de su entorno.

La separación entre “mi” cuerpo y el “de los demás” es propia de una sociedad moderna, escindida, como la que marca la vida de las tres narradoras. Sin embargo, “en las sociedades tradicionales, de composición holística, comunitaria, en las que el individuo es indiscernible, el cuerpo no es objeto de una escisión y el hombre (ser humano) se confunde con el cosmos, la naturaleza, la comunidad” (D. Le Breton, 1995: 22). De modo inesperado, se escurre en los testimonios una vinculación de la corporalidad que nos recuerda a sociedades “ancestrales”, en las que los sueños aparecen en otra modalidad de la existencia corporal o los actos están sometidos a la interacción con el ambiente. Por ejemplo, en una representación andina de la corporalidad y la enfermedad, ésta es concebida como *transanatómica*, en la que “caracterizan el mal como una situación crítica del individuo al interior de su grupo: el organismo enfermo somatiza un trauma del cuerpo social”.<sup>36</sup> Resulta una visión similar a la propuesta trabajada en esta tesis, en la que el sistema molar incide en la producción de deseo y acción molecular.

De tal manera, el dolor por la muerte del padre en L.S. y el de la hija en L.U. es una de aquellas circunstancias de la vida en la que la verbalización se limita y debe extender su lengua al cuerpo, volverlo más “palpable”, corteza de la sensación. ¿Por qué no ensayar la posibilidad de que las bruscas expresiones del estado de ánimo sean una manera de “palpar” mejor la realidad? No obstante, estas personas diagnosticadas habitan una sociedad que requiere establecer distancia con la diferencia y someterla al tratamiento de control, volverlo dócil, silencioso. Porque, “es dócil un cuerpo que puede ser sometido, que

---

<sup>36</sup> J., Sánchez Parga, “Representaciones del cuerpo y de la enfermedad en las sociedades andinas” en *Antropo-lógicas andinas*, Quito, AbyaYala, 1997, p. 173

puede ser utilizado, que puede ser transformado y perfeccionado”.<sup>37</sup> Incluso, L.U., más allá de su oposición a un sistema coercitivo busca “entrenarse”, claro está, para disminuir el dolor, lo cual es comprensible. Pero, existen otras vías y es lo que se explora en el siguiente apartado. La misma B.S. llega a esta posibilidad, cuando, al explicar su angustia “eufórica” con palabras, éstas se escapan y solo el lenguaje del arte podría auxiliarle. Porque para ella, “el beneficio del arte son cosas que no están estudiadas científicamente, pero esas tonalidades tan armoniosas provocan sensaciones de sosiego, de euforia, de paz, a través de la música, danza, la pintura, la escultura, el teatro... (B.S., 30/07/2013).

## **2.2. BITÁCORA CORPORAL. LA POTENCIA CREATIVA DE CUERPOS MARCADOS/SINGULARIZADOS**

A lo largo de este trabajo de tesis se ha reflexionado sobre las marcas del trastorno bipolar y sus implicaciones en los sujetos que llevan dicha inscripción. Después de la exposición de tres historias desde la vida de personas marcadas con dicho diagnóstico se abre la posibilidad de considerar al cuerpo como espacio testimonial. Puesto que, la interrogante que surge es si, desde la perspectiva molecular: ¿el trastorno mental/bipolar podría leerse como capacidad creadora y de singularización?, se encuentra que el arte es el mejor mecanismo para expresar esa cartografía emocional que habita en el cuerpo como territorio en el que se teje la existencia testimonial. En este sentido, el arte, la creación también es una construcción con potencial de singularización, por lo que se advierte que “el arte es, por lo tanto, una práctica de experimentación que participa de la transformación del

---

<sup>37</sup> M., Foucault, *Vigilar y castigar*, Buenos Aires, Siglo XXI, 1976, p. 83

mundo”.<sup>38</sup> Las tres participantes aceptaron la propuesta de presentar sus relatos corporales, haciendo uso de movimientos sugeridos por el arte de la danza.

	
<p>B.S. realizando ejercicios dancísticos preparativos para testimonios corporales. Anexo 3.</p>	<p>L.S. en la ejecución de ejercicios dancísticos previos al testimonio corporal. Anexo 3.</p>
	
<p>Registro fotográfico co-laborativo de la investigadora a L.U. Anexo 4.</p>	<p>Registro fotográfico co-laborativo de L.U. a la investigadora. Anexo 4.</p>

<sup>38</sup>Suely Rolnik, “El arte cura” en *Quadernsportàils*, Barcelona, MACBA #2, 2001, p. 6



Siguiendo la propuesta, cada una de las narradoras escogió un día, hora y lugar para elaborar el registro de la bitácora o testimonio corporal. L.U. lo hizo en su propio hogar. L.S. en la misma sala en la que ejercitamos, con las tres mujeres, algunos movimientos dancísticos, previos a dicho registro (aproximadamente durante un mes). Y, B.S. escogió un lugar que para ella es su “segundo hogar”: el *Teatro DragDionisios*. Cada lugar seleccionado “habla” de la relatora. L.U. aseguró en su testimonio que fuera de su casa se sentía “desubicada”, porque es difícil sacarla de allí (L.U., 09/08/2013). L.S., por el contrario, se sintió más segura utilizando el mismo espacio en el que desplegó, por primera vez, movimientos que le posibilitaron “danzar” su testimonio (Anexo 3.). Mientras, B.S. retornó al sitio que la acogió cuando, finalmente, asumió su identidad sexual, por lo que al exponer su historia personal desde el cuerpo escogió un sitio que la “protege” de la vulnerabilidad de la exposición. B.S. fue la única que preparó un “escenario” para el registro visual testimonial (Anexo 1.).

Tal como se explicó en la introducción del presente trabajo, el registro de la bitácora corporal consiste en emplear movimientos corporales básicos y libres, según la conexión que la narradora establezca con el audio de sus testimonios verbalizados previamente. Es

decir, ellas bailaron al ritmo de sus propias voces e historias desde la vida. En este caso, el testimonio verbalizado debe ser entendido como sonido, más que como emisor de palabras. Al igual que se considera “en ciertas sociedades, en que el poder de penetración del sonido lleva su energía transformadora al corazón del sujeto o de los acontecimientos. En la cultura popular hindú, un mantra es una fórmula sagrada a la que se le otorga eficacia en la transformación del mundo”.<sup>39</sup> En la elaboración de la bitácora corporal, el testimonio verbal fue empleado como mantra, cuyo sonido vibró en los cuerpos de las participantes al ejecutar sus sensaciones. La propia voz vibrando en el cuerpo. Por ello, pese a que las tres fueron inducidas al movimiento dancístico (Anexo 3.), cada una relató con su cuerpo aquellas experiencias y sensaciones que las palabras no alcanzan a expresar (Anexo 1.)<sup>40</sup>.

Debido a lo expuesto, no se hará una reconstrucción verbal/escrita de lo que se observa en el registro corporal (Anexo 1.) y me limitaré a plantear diálogos con algunas aristas explicativas acerca de la pertinencia de este tipo de testimonio y la creatividad. Porque, “la utilización de algunos segmentos corporales como instrumento no convierte tampoco al hombre (ser humano) en un instrumento. Los gestos que lleva a cabo, inclusive los más elaborados técnicamente, ocultan significación y valor” (D. Le Breton, 2002: 46). Las narradoras entraron en contacto con sus historias desde la vida, a través de su corporalidad en movimiento, empleándola como instrumento de expresión testimonial.

---

<sup>39</sup> D., Le Breton, *El sabor del mundo. Una antropología de los sentidos*, Buenos Aires, Nueva Visión, 2007, p. 133

<sup>40</sup> Las bitácoras corporales fueron editadas para que, en pocos minutos, se pueda tener una “muestra estética” de la experiencia. Principalmente, la edición obedece a la condición de confidencialidad establecida para participar en esta investigación (Anexo 2.), por lo que debía eliminarse el material en el que se pudiera identificar los rostros. Además, la propuesta es que el sonido de sus voces marquen el ritmo de sus testimonios, pero para los “espectadores externos” los movimientos por sí mismos, cuenten parte de esos relatos. Por supuesto, se debe poner en diálogo el registro visual y los testimonios verbalizados que se han desplegado en este trabajo para evitar caer en dualismos que eliminen la conexión de palabra y experiencia.

Cada una, desde su memoria autobiográfica fue entrelazando su relato verbal, registrado en audio, con una bitácora o cartografía corporal singularizada.

Así que, “al igual que la lengua, el cuerpo es un constante proveedor de significados. Frente a una misma realidad, individuos con cuerpos impregnados por culturas e historias diferentes no experimentan las mismas sensaciones y no descifran los mismos datos” (D. Le Breton, 2007: 24). Esto cuenta tanto para las participantes con sus testimonios, como para los lectores y observadores del presente documento. Cada quien establece una cartografía significativa e interpretativa, de lo que se le presenta, según sus propios códigos socioculturales.

Del mismo modo que, encontrarse con otro sujeto (la investigadora) para contarle su historia de las marcas inscritas por el diagnóstico del trastorno bipolar implica hablar desde un *cuerpo vibrátil*,<sup>41</sup> lo es al enfrentarse a la vibración del propio relato. Se disuelven aquí las figuras de sujeto y objeto, y con ellas aquello que separa el cuerpo del mundo. Pero, no se debe descuidar el hecho de que “si bien el sistema perceptivo se encuentra estrechamente ligado al lenguaje, no está enteramente subordinado a él” (D. Le Breton, 2007: 26). No existe una correspondencia unívoca entre lo que se dijo en el testimonio verbalizado y grabado y los movimientos que emitieron. Su bitácora corporal es producto de la cartografía creativa, emotiva y contingente de la memoria autobiográfica.

Igualmente, es una estrategia molecular, micro política de mostrar-se más allá de la etiqueta diagnóstica. Por tal motivo, previo a la emisión del testimonio de las participantes en la investigación, se diría que su reflexión acerca del trastorno mental se planteó como

---

<sup>41</sup>Para Suely Rolnik (1989) el cuerpo vibrátil es una micro percepción, una capacidad de los órganos de los sentidos de dejarse afectar por la alteridad, e indica que es todo el cuerpo el que tiene tal poder de vibración con las fuerzas del mundo.



transcripción oculta. Ésta implica “una crítica al poder por parte de los oprimidos, que se realiza a escondidas –en privado- para que los que tienen poder no puedan verla” (L. Campo, 2008: 158). Contrariamente, a lo que sucede cuando se presentan estos testimonios con posibilidad de socialización, actuando como transcripción pública de esa reflexión. Y, ¡qué más evidenciable que testimoniar sus impresiones sobre la marca del diagnóstico de trastorno bipolar con la exposición de sus propios cuerpos!

### **2.2.1. BITÁCORA CORPORAL COMO DANZA CREATIVA**

De la manera en que se ha expuesto el tema testimonial del cuerpo, se determina que “el rostro y el cuerpo son el escenario donde se leen los signos que expresan la emoción, la parte ocupada en la interacción. Uno y otro se prestan a la ambivalencia, porque el hombre nunca es puramente una expresión de su *cogito*” (D. Le Breton, 1999: 219). No aparece una sola forma de expresar la marca del diagnóstico del trastorno bipolar y cada bitácora corporal implica una puesta en escena, a la que otorgamos sentido. No obstante, la propuesta de la bitácora corporal podía degenerar en una objetivación de personas con diagnóstico de trastorno bipolar, en la “espectacularización” de sus vivencias. Para evitarlo, sirve lo que afirma Rolnik (2006), en cuanto a reconocer que la práctica artística puede vulnerar al otro. Para ello, el que propone la construcción escénica también debe entrar en contacto con la vulnerabilidad, que es la condición para que el otro deje de ser simplemente un objeto de proyección de imágenes preestablecidas y pueda convertirse en una presencia viva, con la cual construimos nuestros territorios de existencia y los contornos cambiantes de nuestra subjetividad.

Aquella presencia viva se ratifica, tanto en su entrega al realizar el testimonio corporal, como en el registro co-laborativo del proceso (en sus constantes reflexiones que forman parte del presente trabajo). Esa presencia es co-labor, que se entiende como “una forma proactiva de participación que incluye la toma compartida de decisiones y la distribución de tareas colectivas según las habilidades de las participantes”.<sup>42</sup> En ellas brota el deseo de construir historias para dar a otros esos relatos y que los entiendan. Y, de manera menos evidente, pero más enriquecedora, para entenderse a sí mismas. Porque el deseo implica “todas las formas de voluntad de vivir, de crear, de amar; a la voluntad de inventar otra sociedad, otra percepción del mundo, otros sistemas de valores” (Rolnik y Guattari, 2005: 255). De tal forma que aparece el deseo como impulsor de narrativas y la danza como relato en movimiento.

Es por eso que, lo que presentan las participantes en sus bitácoras corporales es un relato activo. Cuando se pretende proyectar una imagen precisa, “surge la danza de acción, de narración o caracterización. Es ésta una danza en la que siempre existe una imagen a plasmar o reproducir: una visión de hechos, acontecimientos o sujetos que se reviven”.

<sup>43</sup>Las tres narradoras debieron testimoniar las marcas inscritas en sus cuerpos por la historia del diagnóstico del trastorno bipolar (Anexo 1.) Se puede establecer un parangón entre la puesta en escena de los actores y el que presentan las participantes de esta investigación en su testimonio en movimiento. Le Breton habla de esta escenificación como *el cuerpo que se hace relato*, gracias a un juego de memoria afectiva. En su análisis cita a Lee Strasberg, quien aduce que:

---

<sup>42</sup> Jiménez Pérez, José Alfredo y Köhler, Axel, 2012. “Producción videográfica y escrita en co-labor. Un camino donde se encuentran y comparten conocimientos.” En Ingrid Kummels (ed.) *Espacios mediáticos: Cultura y Representación* en México, Berlín, Tranvía, 2012, p. 3

<sup>43</sup> Ramiro Guerra, *Apreciación de la danza*, La Habana, Letras Cubanas, 2003, p. 12

*La memoria afectiva no es la mera memoria, es una memoria que compromete al actor personalmente, al punto que comienzan a reaccionar experiencias profundamente enterradas. Su instrumento se despierta y se vuelve capaz de recrear en el escenario esa manera de vivir que es esencialmente “revivir”. La experiencia emocional original puede relacionarse con los celos, el odio o el amor; puede ser una enfermedad o un accidente [...]. Si su mente no recuerda enseguida este tipo de experiencia, es señal, en general, de que se produjo pero quedó enterrada en el inconsciente y no quiere que la saquen de allí.<sup>44</sup>*

En este punto, “revivir” no quiere decir reproducir una realidad monolítica, sino construir el relato de la experiencia, aludiendo al nivel de las emociones. En términos empleados en esta tesis: es una cartografía del deseo (como voluntad creativa) en torno a las vivencias de tres mujeres como personas diagnosticadas con trastorno bipolar. Estas bitácoras, estas escenificaciones del cuerpo-relato provocan reacciones integrales (emotivo-cognitiva) en el “espectador”, ya que “la excesiva intelectualización no es la más adecuada línea para el espectáculo danzario, sin embargo, es justo valorar que una relación solo basada en los aspectos emocionales estará posiblemente lastrada de superficialidad” (R. Guerra, 2003: 208). Si se explicara detenidamente las razones de cada movimiento expresado en el registro visual se caería en la intelectualización excesiva. Por el contrario, si se mostrara solamente el video de la bitácora corporal y las transcripciones de los testimonios verbales, despojado de un trabajo analítico, se perdería en el campo anecdótico.

Retomando la importancia del movimiento corporal dancístico, es pertinente mencionar el papel de la creatividad en estas cartografías mnemónicas. Para ello hay que señalar que la relación de arte moderno y psicoanálisis ha sido importante como método y

---

<sup>44</sup> L., Strasberg, *Le Travail de l'Actor's Studio*, París, Gallimard, 1969, p. 111, citado por D., Le Breton, *Las pasiones ordinarias. Antropología de las emociones*, Buenos Aires, Nueva Visión, 1999, p. 226

crítica interpretativa, por lo que “en la actualidad, el psicoanálisis sigue siendo un recurso en la crítica y la historia del arte, aunque su papel en la creación artística dista mucho de estar claro”.<sup>45</sup> Uno de sus representantes es Donald Winnicott quien trabajó durante mucho tiempo la relación entre juego y creatividad que desemboca en la construcción de la subjetividad. De ahí que para Winnicott, un rasgo importante del juego consiste en “que en él, y quizá solo en él, el niño o el adulto están en libertad de ser creadores”.<sup>46</sup> Jugar es crear; crear es generar arte y danzar es crear relatos con movimientos corporales. Para construir los testimonios corporales, las tres participantes “jugaron” al escuchar los *mantras* de sus voces e ingresaron en un espacio lúdico de expresión de sus vivencias.

De acuerdo con ello, la lúdica de la bitácora corporal de marcas inscritas por el diagnóstico del trastorno bipolar evidencia la capacidad creativa de las narradoras, porque “en el juego, y solo en él, pueden el niño o el adulto crear y usar toda la personalidad y el individuo descubre su persona solo cuando se muestra creador.” (D. Winnicott, 1982: 52). Esta capacidad creativa enfrenta la reproducción permanente de la maquinaria *infantilizante* del sistema molar. Cuando jugamos hacemos uso de la creatividad, contribuimos a la generación de subjetividades singularizadas, cuya micro política contrasta con esa “suerte de reciclaje o de formación permanente para volver a ser mujer o madre, para volver a ser niño, o mejor, para pasar a ser niño, pues los adultos son infantiles. Los niños consiguen no ser infantiles por algún tiempo, en tanto no sucumben a esa producción de subjetividad” (S. Rolnik y F. Guattari, 2005: 39-40). La infantilización ocurre cuando dejamos de crear y nos estancamos en la reproducción de modelos de subjetividades en serie.

---

<sup>45</sup> H., Foster, Y., Krauss y B., Buchloh, *Arte desde 1900. Modernidad, antimodernidad y Posmodernidad*, Madrid, Akal, 2006, p. 18

<sup>46</sup> Winnicott, Donald Woods, *Realidad y juego*, Gedisa, Barcelona, 1982, p. 51

Por el contrario, en este trabajo de tesis se buscó jugar con otras posibilidades de relato, a través de movimientos corporales. Esta intención se conecta con la noción de la creatividad como “condición de estar vivo” (D. Winnicott, 1982: 63). Igualmente, para Nietzsche esta necesidad lúdica y constructiva se traduce en la voluntad de poder como voluntad de vida, que no implica encontrar verdades únicas. La voluntad de poder, de erigirse sobre el otro, no es otra cosa que voluntad de vida. Una vida en constante movimiento y re-creación. Se tiene la voluntad de poder, de crear una verdad con el propósito de enfrentar lo contingente del mundo. El fin en sí mismo no es la verdad, sino la vida. Esta última es preexistente y perenne, mientras que la verdad es un instrumento utilitario y variable. La filosofía y la ciencia son producto de esa voluntad de poder para crear el mundo, empleando un criterio de verdad, que luego se tiraniza. De ahí, la importancia de golpear esa verdad, para construir una nueva y que la vida, por decirlo en términos metafísicos, fluya. Para las participantes testimoniar verbal y corporalmente representó colocarse en la aceptación de la constante re-creación de sus experiencias.

Así, al reflexionar sobre dicha re-creación, las participantes reconocen el efecto transformador de la construcción de sus bitácoras corporales. Por ejemplo, B.S. afirma: “para mí fue una obra de arte, fue la historia de mi vida en arte en la que no solo la recordé y escuché, sino fue un simbolismo más allá que me permite aferrarme a una experiencia que me ayudó” (B.S., 19/09/2013). Coincide con Nietzsche en que lo que mueve a la vida es la transformación y lo que aparece como incuestionable y definitivo debe ser objeto de sospecha:

*[...] Esta forma de enjuiciar el tema constituye el prejuicio que caracteriza a los metafísicos de todos los tiempos [...] Partiendo de esta “creencia” suya se esfuerzan por alcanzar su “saber”, algo a lo que acabarán dándole solamente el nombre de “verdad”*

*[...] Llegados a este umbral, ni a los más prudentes se les ocurrió dudar, pese a ser el momento en que se hacía más necesario y a que se habían prometido a sí mismos que dudarían de todo.<sup>47</sup>*

De tal modo, con los testimonios verbales/corporales de las tres participantes no se buscó alcanzar una “verdad” definitiva e incuestionable. No es esa clase de implicación testimonial jurídica la que se trabajó en esta investigación, sino la de verdades y recuerdos contingentes, que adquieren sentido en la vida de los sujetos que la exponen, dentro de un contexto determinado. Así, es imposible negar que la puesta en escena o la propuesta lúdica del registro testimonial/corporal corresponde a un marco situacional específico. Incluso, “la construcción de la noción moderna de artefacto estético no se puede desligar de la construcción de las formas ideológicas dominantes de la sociedad de clases moderna, así como, en realidad, de toda una nueva forma de subjetividad humana apropiada a ese orden social”.<sup>48</sup> A lo largo de este documento se reflexiona sobre el diagnóstico del trastorno bipolar, la manera en que las personas marcadas con tal clasificación reaccionan frente a ello y la vinculación con el entorno social, molar del que forman parte.

Por ende, juego y creatividad se entretrejen para permitir que se emitan testimonios corporales, empleando recursos dancísticos. Pese a que ninguna de las participantes tiene relación previa con la danza, el juego creativo expuesto les puso en contacto con las emociones hacia sus propias historias desde la vida. En el caso de bailarines profesionales, la realidad no es muy distinta, ya que movimiento corporal está ligado a emocionalidad. Es el recurso que el cuerpo tiene para conocer moviéndose y tocando... la realidad.

### **2.2.2. MIRAR-SE COMO FUNCIÓN TÁCTIL DEL CONOCIMIENTO**

---

<sup>47</sup> F. Nietzsche, *Más allá del bien y del mal. Preludio de una filosofía del futuro*, Madrid, M.E., 1993, p. 28

<sup>48</sup> Eagleton, Terry, *La estética como ideología*, Madrid, ES: Trotta, 2006, p. 53

Todo el proceso de esta investigación se vincula con la creatividad y generación de diálogos de conocimiento co-laborativo. En tal sentido, las participantes (incluyéndome) tuvieron que mirar-se y por ende, tocar-se en la verbalización de sus testimonios. Solo así, la experiencia reflexiva fue posible. Porque, incluso “el soñador busca pincharse para convencerse de su estado. Al tocar las cosas, se reconoce que existen. El mundo, y por tanto la presencia del otro, es ante todo una modalidad táctil” (D. Le Breton, 2007: 148). Con el testimonio danzado, éste se vuelve más táctil.

Sin embargo, se conviene en que “*háptico* es mejor término que táctil, puesto que no opone dos órganos de los sentidos, sino que deja entrever que el propio ojo puede tener esa función que no es óptica” (G. Deleuze y F. Guattari, 2006: 499). Los ojos no se oponen a la piel, sino que cuando miramos tocamos la experiencia registrada, la envolvemos en nuestras propias apreciaciones y la restituimos cargada de una significación nueva, pero no única. Las participantes de la investigación contaron una historia personal y verbalizada, alrededor de la marca del diagnóstico del trastorno bipolar. Luego, se conocieron entre sí, escuchando cada relato: la inscripción del diagnóstico se hacía más palpable. Más tarde, al danzar al ritmo de sus propias voces, la narración se traslada al terreno de lo *háptico*. Finalmente, miraron sus propios registros y el de las otras participantes, construyendo un sentido contingente grupal.

Así, el registro reflexivo posterior a las bitácoras corporales es el resultado de la creatividad activa de las narradoras. Puesto que, “dirigir los ojos hacia otro nunca es un hecho anodino; la mirada, en efecto, da pábulo, se apodera de algo para bien o para mal, es sin duda inmaterial pero actúa simbólicamente” (D. Le Breton, 1999: 195). En cuanto el recuerdo es una construcción cartográfica de su realidad, incluso cuando revisan los

registros visuales de sus mismos cuerpos y hablan sobre ellos, están reconfigurando la experiencia y, por ello, dirigiendo sus ojos hacia *otro/as*. De tal modo, hay implicaciones cartográficas con un posicionamiento molecular determinado y es uno de los motivos para que en este trabajo de tesis no se aplique ningún “manual” de lectura para lenguaje corporal, ya que este es contingente y liso/nómada.

En este sentido, uno de los “movimientos” creativos y fuera de planificación fue la iniciativa de L.U. para co-laborar en el registro fotográfico de su preparación en expresión dancística. La última sesión previa a la elaboración de la bitácora corporal, me pidió que le tomara algunas fotografías durante la ejecución de ejercicios para la danza narrativa. También, pidió que le permitiera fotografiarme (con su cámara) mientras le daba indicaciones, cuando danzaba para explicarle la propuesta. En aquella sesión miré y fui mirada, reconstruida en desde el enfoque de su cámara, de sus propios sentidos (Anexo 5). Debido a que, generalmente, el lugar del investigador se coloca fuera y por encima de los sujetos relacionados con el objeto de conocimiento tratado, ser el objetivo de aquella cartografía háptica me introdujo en este trabajo como otro cuerpo vibrátil. Esto ratifica lo inevitable de la presencia íntegra de la persona cuando se danza y de su vulnerabilidad frente al ojo que la toca. Ahora, revisemos las cartografías de sentido planteadas por las participantes, luego de mirar-se en sus bitácoras corporales:

*[...] la idea era que yo exprese lo que tengo adentro y que el cuerpo se mueva de la manera en la que yo he ido guardando las cosas. Tal vez, si está un poco encorvado (el cuerpo), con un poco de necesidad de protección, con timidez. Me muevo en un área pequeña, porque quiero estar protegida, no quiero salirme de ahí (L.S., 18/09/2013).*



*[...] tenía muchos nervios, pero tenía que llorarlo, sentirlo, porque era como cuando tú te das cuenta que alguien en realidad está muerto, porque ya no lo ves dos meses. Entonces, pienso “es algo que en serio pasó, no me inventé y en serio me marcó”. Tengo (en el cuerpo) una emocionalidad que hace parte de mí. Entonces, es súper importante haberme dado cuenta de quién soy, por mí misma (B.S., 19/09/2013).*

*Al mirarme en el registro visual, siento primero que, hay una cosa mía que llora por dentro; definitivamente hay algo que llora. Luego, que me cautiva el dolor. Para mí es fascinante el dolor, y sí siento una identificación profunda con el dolor. El dolor me gusta más que nada en la vida, es para mí, con lo que más me siento identificada, a pesar de poder estar muy bien, pero el dolor me cautiva y todo lo que tiene que ver con el dolor, la expresión del dolor (L.U., 20/09/2013).*

En este sentido, son testimonios verbalizados, reflexiones silenciosas de emotividad danzada: son cartografías autobiográficas que diseñan un orden discursivo, que emerge del caos de las experiencias aún sin narrar. Previo al relato de una vivencia, está el caos de la memoria, porque “en el momento del puro caos, no hay ojo, está fundido, el ojo es completamente rojo, ya no ve nada. Comienzo a ver el paisaje, quiere decir que existe una relación de visión”.<sup>49</sup> La memoria como elemento contingente y selectivo (Ricoeur, 2003) abandona el caos y origina un relato diagramado del que podría emerger un testimonio estructurado, pues “el diagrama sería caos-germen, sería catástrofe-germen [...], un diagrama es una posibilidad de hecho” (G. Deleuze, 2007: 44-50). Así, el juego, la creatividad, la memoria, la cartografía y el diagrama comparten esa posibilidad de hacer-se (la acción de y para otro/as, a la vez que la acción para desde sí mismo/a).

---

<sup>49</sup>Gilles, Deleuze, *Pintura. El concepto de diagrama*, Buenos Aires, Cactus, 2007, p. 31

Así, antes de la cartografía testimonial, las experiencias existían en pleno caos: el dolor caótico, la visión de sí mismas como fuente caótica, etc. Pero, la bitácora corporal y su posterior visualización hacen posible diseñar una vía de recorrido de ese dolor, de esa vida marcada por la diferencia y la inscripción de un trastorno mental. Tal vez, el diagrama emergente fue más impactante para sus cartógrafas, porque se realizó con movimientos dancísticos y es necesario recalcar que “la danza te expone totalmente, tú no puedes pretender bailar escondida, que no te vean” (Silvia Tamayo, 20/09/2013). La instancia háptica de los testimonios aparece por intermedio de ese tipo de movimientos. Para danzar los testimonios tuvieron que exponerse íntegramente. De ahí que, su cuerpo “desnudara” sus más íntimas percepciones, como lo explican en las reflexiones arriba referenciadas.

No obstante, esa exposición integral del sujeto nos conduce a otra cuestión: la capacidad de las participantes de controlar su vulnerabilidad expuesta. Es que el cuerpo, más aún el rostro, es sello de singularidad. Por ello, “por naturaleza paisaje lunar, con sus poros sus planicies, sus palideces, sus brillos, sus blancuras y sus agujeros: no hace falta tomar de él un primer plano humano, pues por naturaleza lo es y por naturaleza inhumano, monstruoso capirote” (G. Deleuze y F. Guattari, 2006: 194). Por petición de las participantes se protegieron los nombres y rostros en este trabajo de tesis. Los rostros fueron difuminados en el video de testimonios corporales.

Paradójico trabajo: los cuerpos, los rostros se iluminaron y “hablaron” desde los límites de las palabras grabadas previamente y el lenguaje verbal intenta por todos los medios sustituir y traducir lo que los rostros y cuerpos gritaron y susurraron en sus testimonios. El rostro “es la parte más individualizada, más singular. El rostro es la marca de la persona. De ahí, su uso social en una sociedad en la que el individuo comienza a

afirmarse con lentitud” (D. Le Breton, 1995: 43). El ocultamiento de parte del rostro es el modo que encontraron las participantes para apropiarse de la exposición de su testimonio (por ello, para los anexos fotográficos seleccionaron imágenes a contraluz o cuerpos distanciados de la lente). Asimismo, en la elaboración del video (Anexo 1.) fue el enfrentamiento a la invención moderna del rostro como marca principal de consumo. Obligatoriamente, el posible morbo hacia el reconocimiento del rostro debe redirigirse hacia la memoria narrada. Por lo tanto, volvamos el sentido háptico hacia el rostro de los testimonios, en esta parte, acerca de las nociones comunes que se construyeron en el encuentro de estos cuerpos vibrátiles:

*Al compartir con ellas digo: “bueno, no soy la única”; aparte tenemos experiencias parecidas, pero también podemos salir adelante. Depende lo que cada una quiera lograr, puede hacerlo como cualquier otra persona. Digamos que, somos igual de sensibles, como característica especial (L.S., 19/09/2013)*

*Al ver la expresión de L.U. y de L.S. también (como en su caso) se nota como son. Como es la una y como es la otra. Incluso parecía que L.U. se ve muy joven en algunos videos y muy curvilínea y en su postura ya se ve madurez, a diferencia de L.S. y yo, que todavía le tengo un poquito de miedo (a la vida). En cambio, ella como que tiene muy recta su espalda y a mí me da la sensación de que ve la vida con otros ojos, con otro brillo, con madurez(B.S., 19/09/2013).*

*Les sentí a las dos (L. S. y B. S.) como si compartieran algo conmigo, como una cierta... complicidad, porque cuando hablamos dos cosas me hicieron reír y también me aliviaron en cierto modo: hablando de economía, las tres estamos en la misma situación. Y*

*hablando de que sueltas cosas que no tienes que hablar, porque eso me pasa a mí y he notado que otra gente, supuestamente bipolar, aparece diciendo unas cosas rarísimas [...] encontré similitudes y cosas con ellas y claro, cierta familiaridad, sientes como que son tus hermanas (L.U., 20/09/2013)*

Siguiendo estas reflexiones y de acuerdo a Spinoza “no puedo formar noción común –es decir la idea de algo en común entre mi cuerpo y un cuerpo exterior –sin que se constituya un tercer cuerpo del cual el cuerpo exterior y yo no somos más que las partes”<sup>50</sup> y esto constituye el encuentro entre las tres narradoras. En el trabajo interdisciplinario que promueve los Estudios de la Cultura, se genera un objeto de conocimiento nuevo, que finalmente no pertenece natural ni exclusivamente a ninguna disciplina participante. De igual forma, los relatos de las tres mujeres generaron un “tercer cuerpo”, un conocimiento sobre sus testimonios y sobre sí mismas, que ya funciona en un plano micro político más amplio.

Aquello que condujo a las participantes a plantearse la posibilidad de diagramar una noción común es la presencia de deseos, generadores de vida, que se expresan en pasiones con potencial de acción, como diría el mismo Spinoza. Son pasiones que les movieron a testimoniar su historia con el trastorno bipolar. Pero, ese tipo de pasión (alegre) “no se trata de una necesidad. Las pasiones alegres no me obligan a formar la noción común, me dan la ocasión” (G. Deleuze, 2007: 286). Las pasiones son reales, pues los deseos sirven a los seres humanos como punto de partida para conocer. Las pasiones alientan a construir estrategias de enunciación ética y política. En el video del testimonio corporal se pretende dar cuenta de ese espacio común de conocimiento, generado por el encuentro de personas

---

<sup>50</sup> Baruch Spinoza, *Ética demostrada según el orden geométrico*, Madrid, Editora Nacional, 1980, citado por Gilles, Deleuze, *Pintura. El concepto de diagrama*, Buenos Aires, Cactus, 2007, p. 288

conectadas por el *cuerpo vibrátil*. Sus historias no emergen en foros aislados, parten de la realidad molar circundante, para luego convertirse, al mismo tiempo, en relatos moleculares que esperan resonancia en otros cuerpos.

Finalmente, las bitácoras corporales expresan la potencia creativa y emotiva de cuerpos marcados por el diagnóstico de un trastorno mental para generar conocimiento. Como espacio de expresión molecular y liso tienden a liberar de la carga estigmatizante a sus “portadoras”. Advirtiéndolo que, “los espacios lisos no son liberadores de por sí. Pero en ellos la lucha cambia, se desplaza, y la vida reconstruye sus desafíos, afronta nuevos obstáculos, inventa nuevos aspectos, modifica los adversarios” (G. Deleuze y F. Guattari, 2006: 506). Esas invenciones estratégicas de reconstrucción de perspectivas establecen nuevas “marcas” en la inscripción del diagnóstico psicopatológico testimoniado. Aparecen marcas de resignificación en la cartografía “bipolar” que permiten entender sus reflexiones posteriores al registro corporal.<sup>51</sup> Quizás, porque la “cura” se relaciona “con la afirmación de la vida como fuerza creadora, con su potencia de expansión, lo que depende de un modo estético de aprehensión del mundo [...] con la experiencia de participar en la construcción de la existencia, lo que —según Winnicott— da sentido al hecho de vivir y promueve el sentimiento de que la vida vale la pena ser vivida” (S. Rolnik, 2001: 10). La importancia de la “cura” está en el relato y la investigación como “agenciamiento colectivo” de testimoniar para sí y para otro/as.

---

<sup>51</sup> Cfr. supra, p. 90

## LA ALQUIMIA: GIROS Y APERTURA A LA TRANSFORMACIÓN DE LA CARTOGRAFÍA INICIADA (CONCLUSIONES)

**La alquimia de Lorena Campo:** Al inicio de esta cartografía sobre las marcas del diagnóstico del trastorno bipolar se tomó un fragmento del poema de Baudelaire “Alquimia del dolor” (p. 7), en el que habla de la contingencia del dolor y su capacidad para transformarse tanto en potencial de vida como de muerte. Por eso, cada participante de la investigación presenta la manera en que ésta transformó algo en su cartografía autobiográfica. En mi caso, partí de la idea que la marca del diagnóstico del trastorno bipolar era totalmente negativa para las personas que lo presentan. Sin embargo, entre otras cosas, encontré en los tres testimonios el lado estratégico y singularizador de esta marca, pues les permite enfrentar la angustia del caos inicial y dibujar un diagrama de sentido, que siempre es contingente. Además, encuentro una potencialidad etnográfica del diagrama corporal para trabajar con historias desde la vida. Evidentemente, cada espacio empírico y teórico explorado aquí deja abierta la necesidad de investigar desde otros horizontes explicativos.

**La alquimia de L.U. (60):** *El testimonio corporal me pareció lindo y difícil, porque no tengo nada de expresión corporal, ni mucho menos. Creo que este tipo de investigaciones tiene mucha importancia, porque es otro planteamiento, desde otro punto de vista, de que no necesariamente es una enfermedad y que muchos de nosotros somos o tenemos algún tipo de cosa medio patológica. Porque, todo el mundo tiene sus “cosas” y los prejuicios son tremendos. Así, considero que la importancia de mis testimonios para otras personas reside en que es un camino recorrido, que yo hubiera querido tener, encontrar a alguien que hubiera podido decirme: “verá, estas cosas”. Ver a otra persona*

*que ya es grande, que es madura, que está ya en el otoño de su vida, pero demuestra que sí se puede llegar a más, como en el caso del suicidio, que ha estado presente en mi vida siempre, con excepción de los últimos años.*

**La alquimia de L.S. (40):** *Conocer a las compañeras me hizo sentir que no era un caso raro: la única persona en la ciudad con mi situación. Darme cuenta que sienten lo mismo, que pasan por las mismas experiencias, que tal vez en algunos aspectos es hasta más duro para ellas. Después de esto, siento que lo mío ha sido fácil, hasta cierto punto, comparado con lo de ellas. Antes, pensaba que lo que me ha pasado era muy difícil, pero fue bonito compartir entre las tres nuestras experiencias, ayudarnos, aconsejarnos. Conocerlas fue agradable, ellas son unas personas muy agradables. Creo que mi aporte es que, tal vez cuando alguien escuche los testimonios, puedan decir “justo a mí también me pasa lo mismo” o “yo también puedo salir adelante, yo puedo hacer esto, si sigo por decir un tratamiento, si hago una terapia, si me cuido, si me doy la oportunidad voy a poder tener una vida normal”. Que la persona que, tal vez, hasta ese momento dijo “no, yo no puedo trabajar, no puedo estudiar, no puedo...”, diga finalmente: “sí, sí puedo, si es posible”. Además, con lo que aprendí en la investigación, pienso que todavía tengo mucho por conocer, por saber. Puedo decir que conozco, pero desde mi propia experiencia. No de modo general, para comprenderme mejor, aceptarme, no juzgarme. Entonces, ha sido algo muy positivo, nuevo, algo por lo que no esperaba pasar.*

**La alquimia de B.S. (24):** *participar en esta investigación me pareció interesante por los mecanismos que utiliza tomando en cuenta que la danza y las artes visuales son espacios, por decirlo así, que están vinculados mucho a la sensibilidad de las personas y el trastorno (bipolar). Te permite acercarte a extremos de sensibilidades, por lo que es un*

*mecanismo interesante para presentar los testimonios. Más que nada, en el desarrollo de la investigación me di cuenta de que el verbalizar muchas cosas, el documentarlas, me hizo pensar que, si bien es cierto, hay una etiqueta que me marca, pero hay otras cosas que, me permiten ser libre cada vez más y alejarme de esa etiqueta. Además, de que no todos queremos depender únicamente de la parte científica, médica, porque se nos anula como seres humanos, como personas que tenemos derecho a sentir, emocionarnos, llorar. Vi reflejado esto en las compañeras de investigación, que se preocupan por no dormir, cuando en serio tienen un estímulo racional por no dormir. Puede ser una preocupación por una tarea que te exige esfuerzo y responsabilidad y eso les pasa a todas las personas que tienen el mismo tipo de preocupación y no necesariamente están catalogadas como enfermas.*

*Ahora, me parece, incluso que el trastorno bipolar es una enfermedad contemporánea, como en su momento fue considerada la homosexualidad o en su época la esquizofrenia. De lo que he leído, hay temporadas para los diagnósticos sobre todo mentales. Incluso el trastorno bipolar antes ni siquiera era diagnosticado como tal, sino como depresiones agudas, psicosis. Ahora se le pone el nombre de trastorno bipolar y se empieza a manejar literaturas, medicamentos y cosas de ese tipo, cada vez más especializados y comerciales. Otra vez, va de lo macro a lo micro. El hecho de investigar y buscar él por qué y cómo te marca (el diagnóstico) es interesante. Entiendo que hay una afectación del entorno, de lo macro a lo micro, entonces creo que si la investigación se profundizara e involucrara a muchos más profesionales se podría llegar a una premisa más allá del testimonio.*



## BIBLIOGRAFÍA

### FUENTES PRIMARIAS

Entrevistas a profundidad a L.S. (40 años), B.S. (24 años) y L.U. (60 años) en las siguientes fechas: 19/07/2013; 22/07/2013; 23/07/2013; 30/07/2013; 08/08/2013; 09/08/2013; 14/08/2013; 18/09/2013; 19/09/2013 y 20/09/2013. Los nombres aparecen como iniciales, por pedido expreso de las participantes.

Registros audiovisuales de los cuerpos en movimiento elaborados con las 3 participantes, 05/09/2013.

### BIBLIOGRAFÍA

Anzieu, Didier, *El pensar. Del Yo-piel al Yo pensante*, Madrid, Biblioteca Nueva, 1995

Beverly, John, "Anatomía del testimonio", *Del Lazarillo al Sandinismo. El espacio ideológico de la literatura española e hispanoamericana*, Minneapolis, Institute for the Study of Ideologies and Literature, 1987

Baudelaire, Charles, *Las flores del mal*, Madrid, Edimat, 1998

Campo, Lorena, *Diccionario básico de Antropología*. Quito, Abya-Yala, 2008

Campo, Lorena, *Despedirse de uno mismo. Pérdida y duelo en enfermedades estigmatizantes. El caso de personas con Hansen*, Quito, Abya-Yala, 2012

De Matos, Virgílio. *Crime e Psiquiatria: uma saída: preliminares para a desconstrução das medidas de segurança*, Río de Janeiro, Revan, 2006

Deleuze, Gilles, *Pintura. El concepto de diagrama*, Buenos Aires, Cactus, 2007

Dupret Marie-Astrid y José Sánchez Parga, *Teorías críticas del sujeto. De Freud y Lacan a Foucault, Touraine y Lévi-Strauss*, Quito, Abya-Yala, 2013

Eagleton, Terry, *La estética como ideología*, Madrid, ES: Trotta, 2006.

Foster, H., Krauss Y., Buchloh, B., *Arte desde 1900. Modernidad, anti modernidad y Posmodernidad*, Madrid, Akal, 2006

Foucault, Michel, *Los anormales*, Buenos Aires, Fondo de Cultura Económica, 2008

----- *Yo, Pierre Rivière, habiendo degollado a mi madre, a mi hermana y a mi hermano...*, Barcelona, Tusquets, 2001

----- *Vigilar y castigar*, Buenos Aires, Siglo XXI, 1976

----- *Microfísica del poder*, Madrid, La Piqueta, 1992.

Freud, Sigmund, *Obras Completas*, Volumen II, Biblioteca Nueva Madrid, 1968

Goffman, Erving. *Estigma. La identidad deteriorada*, Buenos Aires, Amorrortu, 2006

----- *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*, Buenos Aires, Amorrortu2001

Guerra, Ramiro, *Apreciación de la danza*, La Habana, Letras Cubanas, 2003

Guerrero, Patricio, *Corazonar. Una antropología comprometida con la vida*, Abya Yala, Quito, 2010

Guber, Rosana, *El salvaje metropolitano. Reconstrucción del conocimiento social en el trabajo de campo*, Buenos Aires, Paidós, 2004

Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC), datos 2011

Jiménez Pérez, José Alfredo y Köhler, Axel, 2012. “Producción videográfica y escrita en co-labor. Un camino donde se encuentran y comparten conocimientos.” En Ingrid Kummels (ed.) *Espacios mediáticos: Cultura y Representación en México*, Berlín, Tranvía, 2012

Le Breton, David, *Antropología del cuerpo y modernidad*, Buenos Aires, Nueva Visión, 1995

----- *Las pasiones ordinarias. Antropología de las emociones*, Buenos Aires, Nueva Visión, 1999

----- *Sociología del cuerpo*, Buenos Aires, Nueva Visión, 2002

----- *El sabor del mundo. Una antropología de los sentidos*, Buenos Aires, Nueva Visión, 2007

Leyva, Xochitl y Shannon Speed: “Hacia una investigación descolonizada: nuestra experiencia de co-labor”, En X. Leyva, A. Burguete y S. Speed (coords.): *Gobernar (en) la diversidad: experiencias indígenas desde América Latina. Hacia la investigación de co-labor*, México, CIESAS-FLACSO, 2008.

Muchnik, Eva, *Envejecer en el Siglo XXI*, Buenos Aires, Lugar Editorial, 2006

Nietzsche, Friedrich, *Más allá del bien y del mal. Preludio de una filosofía del futuro*, Madrid, M.E., 1993

Restrepo, Luis Carlos, *Locura y Libertad*, Bogotá, Arango, 3ª Edición, 2000

Ricoeur, Paul, *La memoria, la historia, el olvido*, Madrid, Ed. Trotta, 2003

----- *Freud: una interpretación de la cultura*, México, Siglo XXI, 1973

Rolnik, Suely, “El arte cura” en *Quaderns portàtils*, Barcelona, MACBA #2, 2001

----- *Cartografía Sentimental: transformaciones contemporáneas del deseo*,  
Sao Paulo, Estação Liberdade, 1989

Rolnik, Suely y Guattari, Félix, *Micropolítica. Cartografía del deseo*, Petrópolis, Vozes,  
2005

Sánchez Parga, José, *Antropo-lógicas andinas*, Quito, Abya-Yala, 1997

-----, *La transformación antropológica del siglo XXI. El homo oeconomicus*,  
Quito, Abya-Yala, 2013

Sarlo, Beatriz, “Tiempo pasado”, en *Tiempo pasado. Cultura de la memoria y giro  
subjetivo. Una discusión*, Buenos Aires, Siglo XXI, 2005

Shklovski, V. “El arte como artificio” en *Teoría de la Literatura de los formalistas rusos.*  
*Antología preparada y presentada por Tzvetan Todorov*, Siglo XXI Editores, 1970

Spinoza, Baruch, *Ética demostrada según el orden geométrico*, Madrid, Editora Nacional,  
1980

Winnicott, Donald Woods, *Realidad y juego*, Barcelona, Gedisa, 1982

## **ARTÍCULOS:**

Dema Verónica, “Se diagnostican cada vez más casos de bipolaridad” en *Noticias Intramed*, 30 junio 2010, [www.intramed.net](http://www.intramed.net)

Journal of Clinical Psychiatry, “El trastorno bipolar está sobre diagnosticado”, *Noticias Intramed*, 18 agosto 2009 en [www.intramed.net](http://www.intramed.net)

Royal College of Psychiatrists. “Trastorno bipolar (maníaco depresivo)” en *Folleto Sociedad Española de Psiquiatría*, 2007

### **OTRAS FUENTES**

Conferencia en la Femis (La Escuela Superior de Oficios de Imagen y Sonido) el 15 de mayo de 1987. <http://www.youtube.com/watch?v=GYGbL5tyi-E>  
GillesDeleuze, ¿Qué es el acto de crear?

# ANEXOS

ANEXO 2  
CONSENTIMIENTO  
INFORMADO


ACEPTO VOLUNTARIAMENTE PARTICIPAR EN LA INVESTIGACION: **MEMORIAS EN MOVIMIENTO:  
DOS TESTIMONIOS CORPORALES SOBRE MARCAS INSCRITAS POR EL DIAGNÓSTICO DEL  
"TRASTORNO BIPOLAR"**

Cuya responsable es: Lorena Campo A.

Firmo este consentimiento aceptando participar voluntariamente en esta investigación.

Declaro que se me informó lo siguiente:

- Estoy en condiciones de retirarme de la investigación en cualquier momento o desistir de ella.
- Mi identidad y los datos personales entregados serán guardados bajo confidencialidad garantizada.
- Autorizo presentar algunos datos biográficos en el trabajo de tesis en mención, guardando mi identidad.
- Los testimonios serán verbales y visuales, a partir de movimientos corporales. Permitiré el registro y audiovisual de los mismos y su posterior publicación, total o parcial, previa revisión conjunta con la investigadora.
- Tendré acceso a toda la información necesaria sobre el proceso de la investigación durante su desarrollo. Dicha información podría ser ampliada si lo necesitare.



Firma de responsable de investigación



Firma de aceptación informada

LUGAR Y FECHA: Quito, 27 junio 2013



ACEPTO VOLUNTARIAMENTE PARTICIPAR EN LA INVESTIGACION: **MEMORIAS EN MOVIMIENTO:  
DOS TESTIMONIOS CORPORALES SOBRE MARCAS INSCRITAS POR EL DIAGNÓSTICO DEL  
"TRASTORNO BIPOLAR"**

Cuya responsable es: Lorena Campo A.

Firmo este consentimiento aceptando participar voluntariamente en esta investigación.

Declaro que se me informó lo siguiente:

- Estoy en condiciones de retirarme de la investigación en cualquier momento o desistir de ella.
- Mi identidad y los datos personales entregados serán guardados bajo confidencialidad garantizada.
- Autorizo presentar algunos datos biográficos en el trabajo de tesis en mención, guardando mi identidad.
- Los testimonios serán verbales y visuales, a partir de movimientos corporales. Permitiré el registro y audiovisual de los mismos y su posterior publicación, total o parcial, previa revisión conjunta con la investigadora.
- Tendré acceso a toda la información necesaria sobre el proceso de la investigación durante su desarrollo. Dicha información podría ser ampliada si lo necesitare.



Firma de responsable de investigación



Firma de aceptación informada

LUGAR Y FECHA: Quito, 25-junio-2013

ACEPTO VOLUNTARIAMENTE PARTICIPAR EN LA INVESTIGACION: **MEMORIAS EN MOVIMIENTO:  
DOS TESTIMONIOS CORPORALES SOBRE MARCAS INSCRITAS POR EL DIAGNÓSTICO DEL  
"TRASTORNO BIPOLAR"**

Cuya responsable es: Lorena Campo A.

Firmo este consentimiento aceptando participar voluntariamente en esta investigación.

Declaro que se me informó lo siguiente:

- Estoy en condiciones de retirarme de la investigación en cualquier momento o desistir de ella.
- Mi identidad y los datos personales entregados serán guardados bajo confidencialidad garantizada.
- Autorizo presentar algunos datos biográficos en el trabajo de tesis en mención, guardando mi identidad.
- Los testimonios serán verbales y visuales, a partir de movimientos corporales. Permitiré el registro y audiovisual de los mismos y su posterior publicación, total o parcial, previa revisión conjunta con la investigadora.
- Tendré acceso a toda la información necesaria sobre el proceso de la investigación durante su desarrollo. Dicha información podría ser ampliada si lo necesitare.



Firma de responsable de investigación



Firma de aceptación informada

LUGAR Y FECHA: 23-07-2013

Registro co-laborativo Anexos 3 y 4

