



DISEÑO | UC  
Pontificia Universidad Católica de Chile  
Escuela de Diseño

# TAB

---

Plataforma Psicoeducativa  
sobre Bipolaridad







PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CHILE  
FACULTAD DE ARQUITECTURA, DISEÑO Y ESTUDIOS URBANOS  
FACULTAD DE DISEÑO

## **TAB Plataforma Psicoeducativa sobre Bipolaridad**

AUTOR: M. FRANCISCA MORENO CÓRDOVA

Tesis presentada a la Escuela de Diseño de la Pontificia Universidad Católica de Chile  
para optar al título profesional de Diseñador

Profesor guía: Nicole Cristi Rojas

Diciembre de 2016  
Santiago, Chile

# Agradecimientos

Desde chica siempre he creído que las dos fuerzas más fuertes que manejan al mundo son el amor y el miedo. También creo que el miedo está relacionado con la inclusión ya que muchas veces el desconocimiento es “miedo” a no abrirse a comprender. También debo decir que han pasado por mi vida personas preciosas que se han abierto conmigo muchas veces mostrando esos “bajones anímicos” de los que muchas veces se averguenzan, porque la situación del sistema actual social es gente aparentemente feliz y consumista pero que muchas veces se

está pudriendo por dentro.

Creo que las emociones muchas veces son armas de doble filo y las personas no saben como enfrentar muchos estados así, y la verdad es que el tema de la Bipolaridad antes de este trabajo era un “misterio cercano” y el abarcarlo fue una decisión tomada a consciencia a modo de comprensión de una experiencia cercana. Debo admitir que no sabía abarcar el tema en comienzo pero, durante un viaje a Barcelona la “ampolletita” de mi cerebro se prendió de golpe. Dos afiches en dos estaciones del metro Catalán

diciendo “hablemos de salud mental “ en Catalán, hizo “click” en mis ideas. ¿Cuánto sufre alguien con una enfermedad psiquiátrica o del ánimo? la respuesta es muchísimo. Las personas con trastornos del ánimo buscan aceptación y el apoyo de sus familiares y amigos, muchas veces sin poseer las herramientas necesarias.

Teniéndolas se combatiría de mejor modo los síntomas de esta enfermedad neuroquímica, que requiere psicoeducación, prevención, psicoterapia, autocuidado, buena disposición y por sobretodo amor

familiar y lazos afectivos fuertes, entre otras cosas.

Estamos realmente a años luz en esta materia de ciudades españolas como Barcelona u otros países desarrollados como Inglaterra y esto declara que muchas más personas de las que creemos tienen algo que decir a nivel emocional. Creo que todos tenemos algo que decir.

Así empezó todo...  
*Francisca Moreno Córdova*



*“Lo esencial es invisible a los ojos”  
Antoine de Saint-Exúpery*

**Quiero darme el gusto de agradecer con mucho cariño:**

*A mis papás por apoyarme durante todo mi proceso universitario de una forma constante tanto en las buenas como en las malas y también por quererme hartito, mucho, muchísimo estratosféricamente a la luna ida y vuelta.*

*A mi hermano Jorgito porque lo amo mucho y he aprendido bastante con sus enseñanzas en todos los aspectos que conciernen a la vida.*

*A mi profe guía Nicole Cristi Rojas que me ayudó a llevar este proyecto a*

*la práctica bajando a tierra mis ideas cuando estaban por irse volando.*

*A mi amiga Carli que me ayudó mucho a enfocarme y a encontrar nuevas perspectivas para hacer un buen proyecto y a darme ánimos y energía cuando ya estaba flaqueando.*

*A mis amigos íntimos de la vida y a mis amigos cercanos de la U que logré consolidar durante la Universidad y que me han abierto las puertas de sus casas para tomar once, conversar o dar un abrazo en momentos de estrés, Andrea, Karla, Diego, Gabriel, Paula, Martín, Natalia y Verónica, Seba, Etshel, Lore,*

*Kathy y Max.*

*A mis profes regalones que siempre me inspiraron con sus áreas específicas y me permitieron más de alguna conversa considerando que el tiempo es escaso para todos. Eduardo Vilches, Neny Farías, Paola Moreno, Alex Blanch, Luis Andueza, Federico Monroy, Rodrigo Ramírez, Ricardo Vega, Gerardo Mora, Cecilia Román, Jano Durán, Pablo Hermansen, Marcela Parada, Francisco Gálvez, y Ricardo González.*

*A los especialistas Pedro Retamal, Fabiola Serrano, Felipe Ledderman, y Susana Rodríguez que me apoyaron*

*tanto en conocimiento como directrices acertadas para este proyecto.*

*A todos los señores de Biblioteca de LC que siempre tuvieron el cariño y la buena disposición para ayudarme a “cazar” la bibliografía.*

*A todas las lindas personas que conocí y reconocí durante el desarrollo de este proyecto...*

*...y también a la Pily que inspiró este proyecto...*

*Muchas gracias a todos.  
Francisca Moreno Córdova*



## CONTENIDOS

	<b>INTRODUCCIÓN</b>	9
<b>1</b>	<b>SALUD MENTAL Y DEPRESIÓN</b>	10
	~Trastornos Mentales	12
	~Depresión	13
	~Trastornos Anímicos	14
<b>2</b>	<b>TRASTORNO BIPOLAR</b>	16
	~Definición	17
	~Causas	17
	~Factores Genéticos	18
	~Estudios Neuroquímicos	18
	~Factores Ambientales	18
	~Tipos de Bipolaridad	19
	~Fases de Bipolaridad	23
	~Factores de Riesgo y Recaídas	24
	~Diagnóstico	25
	~Tratamiento Farmacológico	26
	~Psicoterapia y Psicoeducación para TAB	27
<b>3</b>	<b>DEPRESIÓN EN EL MUNDO</b>	28
	~Contexto	29
	~Prevalencia	31
<b>4</b>	<b>BIPOLARIDAD EN CHILE</b>	32
	~Estudios en Chile	33
	~Plan de Salud Mental y Psiquiatría	34
	~Auge Ges	34
	~Epidemiología de TAB en Chile	34
	~Perfil Paciente Chileno	35
<b>5</b>	<b>PSICOEDUCACIÓN</b>	36
	~Etapa I: Especialistas en Psicoeducación	40
	~Etapa II: COSAMs	44
	~Etapa III: Análisis Gráfico Guías	50
	~Etapa IV: Charlas Psicoeducativas	54

<b>6</b>	<b>OPORTUNIDAD DE DISEÑO</b>	75	<b>12</b>	<b>TESTEOS Y DESARROLLO DEL PROYECTO</b>	150
	↳Formulación de Usuario	76		↳Especialistas	151
	↳Oportunidad de diseño	80		↳Conclusiones de Asesorías	152
	↳Proceso Creativo	81	<b>13</b>	<b>DISEÑO Y REDISEÑO</b>	154
	↳3Q	82		↳Desarrollo Visual	155
	↳Objetivos	83		↳Ajustes	156
	↳Carácter Proyecto	84		↳Mejoras y Proyecciones	159
	↳Posicionamiento	88		↳Visualización Final Web	160
<b>7</b>	<b>DESARROLLO DE CONTENIDOS</b>	90	<b>14</b>	<b>FINANCIAMIENTO Y CANVAS</b>	163
	↳Arquitectura de la Información	91		↳Costos	164
<b>8</b>	<b>ANTECEDENTES Y REFERENTES</b>	96		↳Modelo de Negocios	165
	↳Antecedentes	97	<b>15</b>	<b>DIFUSIÓN Y ALIANZAS</b>	166
	↳Referentes	98		↳Alianzas	167
<b>9</b>	<b>DESARROLLO GUIÓN Y NARRATIVA</b>	100		↳Difusión	168
	↳Narrativa Guión	101	<b>16</b>	<b>PROYECCIONES FUTURAS</b>	169
	↳Desarrollo de Elementos Narrativos	104		↳Ampliación de Contenidos	170
	↳Guión Final	106		↳Nuevas funciones plataforma	170
<b>10</b>	<b>DISEÑO E IDENTIDAD VISUAL</b>	108		↳Edición y creación material difusorio	170
	↳Parte I: Exploración Gráfica	109		↳Consolidación de nexos alianzas claves	170
	↳Parte II: Desarrollo y Creación de Personajes	113		<b>BIBLIOGRAFÍA</b>	172
	↳Parte III: Storyboard	119		<b>ANEXOS</b>	180
	↳Parte IV: Identidad Visual de la Marca	121			
	↳Parte V: Visualizaciones	129			
<b>11</b>	<b>DESARROLLO PLATAFORMA WEB</b>	130			
	↳Etapas de creación del Mapa del Sitio	133			
	↳Características Plataforma	138			
	↳Elementos Visuales	140			
	↳Interacciones	142			
	↳Implementación	143			
	↳Análisis Difusión	143			
	↳Desarrollo cuentos y Niveles de Contenidos	144			
	↳Estructura, Lectura y Elementos del Sitio	145			
	↳Visualizaciones Frames	146			
	↳Templates	148			





# Introducción

La sociedad Chilena actual, posee distintos ritmos de vida. Éstos están regidos muchas veces por el estrés, por la falta de tiempo, por la falta de sueño, por la falta de una buena alimentación, por el desempeño laboral, y un sin número de factores cambiantes y fluctuantes.

Estos imposibilitan muchas veces el tiempo para compartir, establecer vínculos afectivos de larga duración, conversar y generar el diálogo sobre realidades imperceptibles y escondidas que requieren de una cierta empatía, visión y sensibilidad especial para su comprensión.

Si bien se ha mencionado a la salud mental como otro tema más de salud pública en Chile, sería interesante preguntarnos si, ¿sabemos qué son las enfermedades mentales afectivas o las depresiones?, ¿son realmente complicadas como pensamos? ¿tienen la importancia que realmente merecen?, ¿son cambios de

conductas provocados por trastornos neuroquímicos? ¿se puede llevar con ellas una vida normal?

Si bien Chile como país posee tendencia a la depresión según los últimos estudios, parece interesante como un cierto tipo de trastorno conocido como el TAB o “Trastorno Afectivo Bipolar” se ha situado en la población como un concepto “etiqueta-tabú” negativo. La gente a su vez habla posiblemente sin conocer los trasfondos psicológicos, genéticos, psicosociales y psicoafectivos involucrados.

Siendo así, se nos plantea un escenario y contexto en donde la sociedad es considerada como un foco externo potencialmente agresivo, desinformado y muchas veces poco tolerante, que interactúa con un foco interno que serían las personas con TAB. Éstas se enfrentan cada día, no solo a problemáticas como altos costos médicos en medicamentos o en atención especializada, sino que

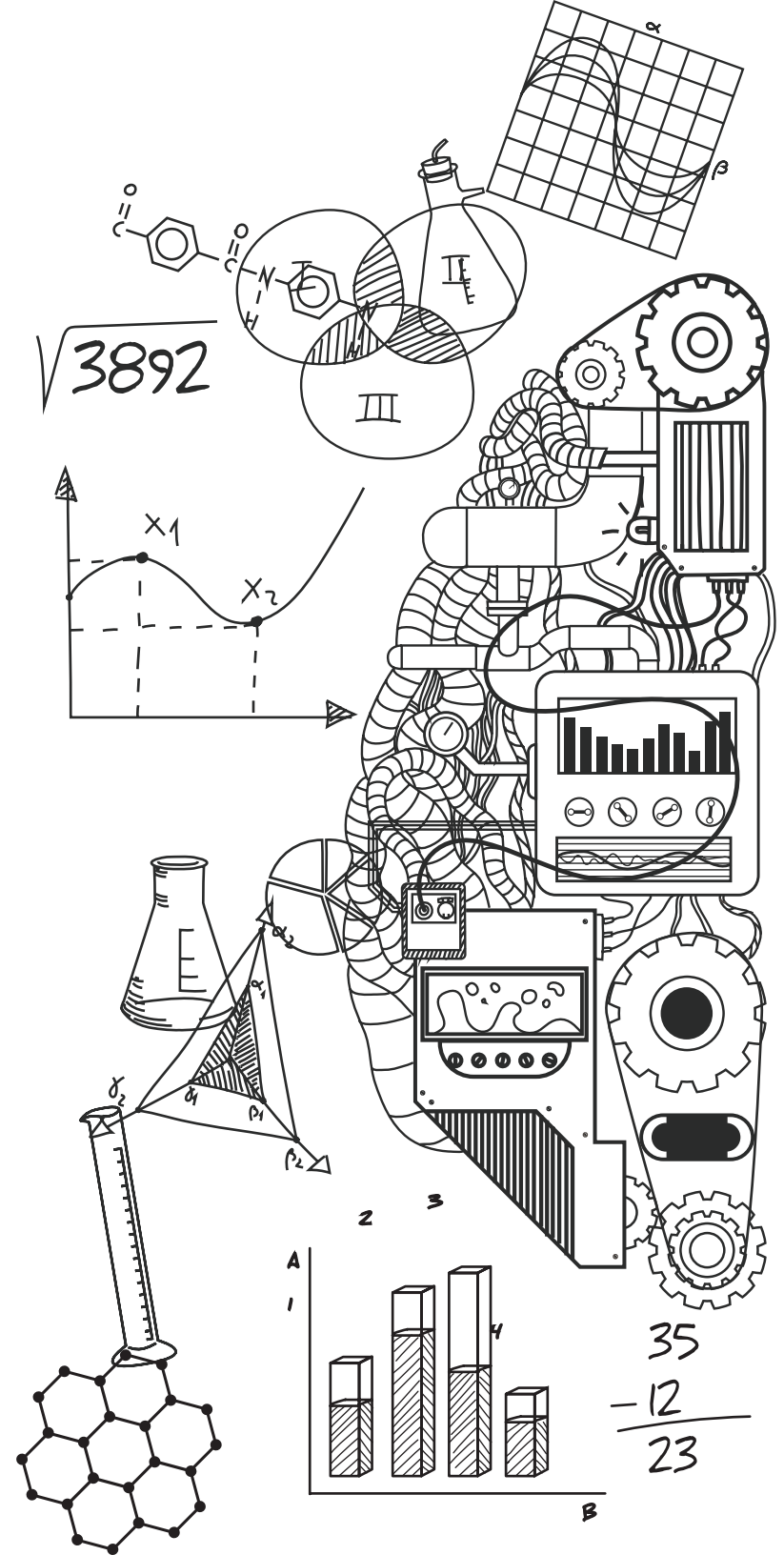
también presentan problemas en sus relaciones interpersonales por la falta de empatía social que aún no ha sido educada en esta temática de salud mental.

Esta enfermedad se convierte por ende en un “padecer invisible” y silencioso del propio ánimo donde la sensibilidad, los cambios de humor, y la propia conducta errática de ésta se convierte en un arma de “doble filo”.

Esta instancia por ende, podría generar un nivel de reflexión si logramos que ambos focos, “dialoguen y puedan verse cara a cara con sus defectos y virtudes”. Si esto se lograra se permitiría una mayor comprensión de la enfermedad, especialmente para el paciente y familiares a aceptar la enfermedad con sus características. Conocer sus causas, síntomas y recaídas ayudaría a una mayor prevención de la integridad emocional y física de estos pacientes y sus familias.

Si lográramos esto con la información adecuada en soportes adecuados, se podría responder dudas puntuales sobre la enfermedad como ¿sabe para que sirve el litio?, ¿sabe qué es una manía o una hipomanía?, ¿sabe lo que es una fuga de ideas?, algunas de estas preguntas son simplemente un juego informativo que muchos no saben jugar en comienzo.

Y como dice una frase “nadie quiere lo que no conoce”, si se lograra entregar la información precisa y simplificada para que la gente “se conectara” con la información, quizás estemos posiblemente volteando la frase anterior a una posibilidad amable de psicoeducar al paciente y a la familia y a su entorno sobre esta enfermedad. La Psicoeducación por ende se convierte en un método para abordar el TAB, pero actualmente en Chile faltan especialistas en psicoeducación, y las guías psicoeducativas actuales disponibles son escasas y poco accesibles para dirigirse a pacientes y familiares.



MARCO TEÓRICO

# 1

## Salud Mental y Depresión

Previo a introducir el concepto de **Trastorno Afectivo Bipolar** de una forma conceptual específica, es necesario definir a modo introductorio algunas nociones básicas asociadas a la salud mental. Considerando que el TAB es un subtipo de trastorno afectivo dentro de la depresión, enmarcado dentro de las enfermedades mentales, al definir estos conceptos generales se logrará un posicionamiento y vinculación con un marco teórico, clínico y médico. Esto permitirá fijar una perspectiva informativa más detallada.

El concepto actual de salud se define como:

*“Un estado completo de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia”* (OMS, 2001, p. 1).

De acuerdo a lo anterior, la salud siendo una armonía completa, debe recurrir también a un equilibrio mental el cual se ve quebrantado por diversos factores. La salud abarca también el concepto de Salud Mental, el cual es definida por la OMS (2001) como:

*“Un estado de bienestar en el cual el individuo se da cuenta de sus propias actitudes, puede afrontar las presiones normales de la vida, puede trabajar productiva y fructífera mente y es capaz de hacer una contribución a su comunidad”* (p. 1).

Si consideramos ambos conceptos, debemos mencionar el caso de América Latina y el Caribe ya que los trastornos mentales y las enfermedades neurológicas cada vez van

en aumento. Esto se evidencia en el incremento de la carga de enfermedad en los últimos 20 años, pasando de 8,8% del total de **AVISA**\* por muerte prematura y discapacidad en 1990, a 22,2% en 2002 (Rodríguez J., 2009).

La Salud es una temática delicada que se ve afectada por factores diversos. Algunos son de orden genético, experiencial, ambiental, de estructura y orden social o cultural. Es así como dentro de este contexto la Salud Mental se ha convertido en un tema de estudio social. Las diversas enfermedades mentales juegan también un rol importante dentro de este contexto global que tiende al desequilibrio.

## TRASTORNOS MENTALES

Las enfermedades mentales o “trastornos mentales” también a su vez a modo conceptual han sido definidas como:

*“... un síndrome caracterizado por una alteración clínicamente significativa en*

*la cognición de un individuo, la regulación emocional, o de comportamiento que refleja una disfunción en los procesos psicológicos, biológicos, o de desarrollo subyacentes al funcionamiento mental”* (El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales 5<sup>a</sup> edición , American Psychiatric Association, 2013, p.20).

Estos trastornos son considerados como patologías graves. Son gatillantes de discapacidad social, laboral, interpersonal, ocupacional, y comunicacional en la vida de una persona.

Una de las grandes “etiquetas” de estos trastornos y que se ha vuelto famosa en los últimos años es la “Depresión”.

### \* INDICADOR AVISA

**AVISA** es un indicador de estudio que utiliza indicadores epidemiológicos, como mortalidad y morbilidad, combinando el número de años de vida perdidos por muerte prematura (componente de mortalidad) y los años de vida vividos con discapacidad (componente calidad de vida). Este busca medir los años de vida saludable que interaccionan con la Discapacidad.

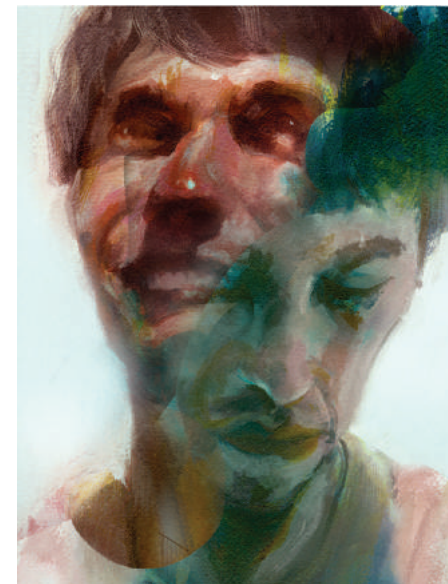


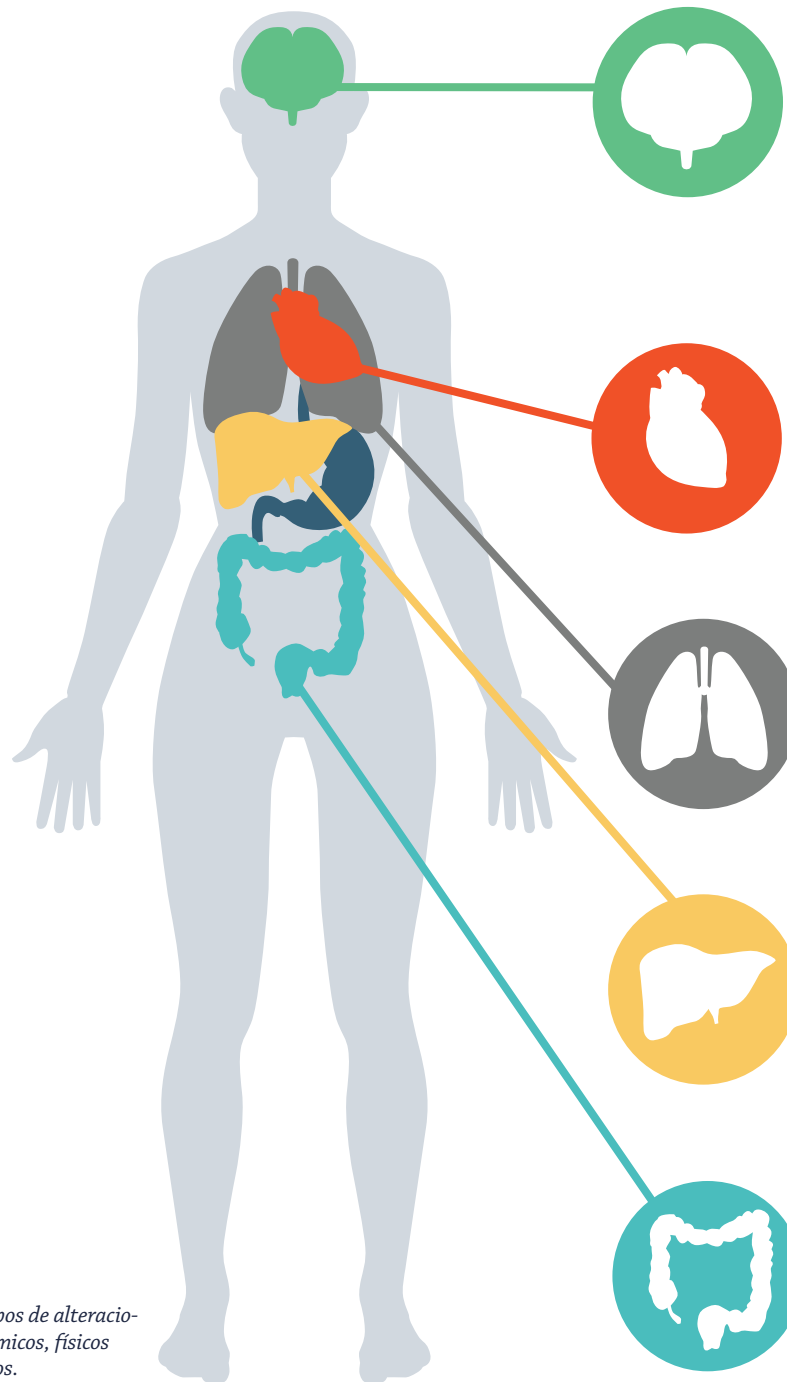
Ilustración del artista Estadounidense Sishir Bommakanti que trabaja sus obras abarcando la emoción y su relación con los Trastornos Mentales.

## LA DEPRESIÓN

La depresión representa un cuadro clínico complejo y de difícil diagnóstico. Se caracteriza por generar distintos tipos de alteraciones tanto anímicas, físicos como orgánicos.

Retamal (2012) las clasifica en 5 tipos de alteraciones que se mencionan en la **Figura 1**. Dentro de la Depresión, se engloban el Trastorno Afectivo Unipolar conformado solo por fases depresivas y el Trastorno Depresivo Bipolar o TAB (Trastorno Afectivo Bipolar) conformado por Fases de Manía o Hipomanía, Depresión y Estados Mixtos.

**Figura 1**  
*Distintos tipos de alteraciones tanto anímicas, físicos como orgánicos.*



### ALTERACIONES DEL PENSAMIENTO

Dificultad de concentración, indecisión, preocupación por baja autoestima, visión negativa de sí mismo, desesperanza, desesperación e ideas de culpa, de ruina, hipocondría y suicidio.

### ALTERACIONES EMOCIONALES

Tristeza patológica, ansiedad, irritabilidad y muy mal humor.

### ALTERACIONES DEL COMPORTAMIENTO

Llanto, enlentecimiento, agitación, y aislamiento de sí mismo, desesperanza e ideas de culpa, de ruina, hipocondría y suicidio.

### ALTERACIONES DE LOS RITMOS VITALES

Ciclos menstruales, circadianos y estacionales.

### ALTERACIONES SOMÁTICAS

Sueño, apetito, tránsito intestinal, peso, menstruación, fatiga y dolores.

## DEFINICIÓN DE TRASTORNOS ANÍMICOS

El Ánimo comprende una capacidad inherente del ser humano que permite experimentar emociones, afectos, y de comprender nuestro entorno.

Dentro de la Salud Mental representa un concepto “clave”, que es alterado y que es desestabilizado formando las Enfermedades o Trastornos del Ánimo, que también son conocidas en menor forma como los “Trastornos del Humor”.

Los trastornos Afectivos o Enfermedades del Ánimo, son un subtipo de clasificación depresiva que altera el ánimo. Este subtipo de trastornos presenta distintas fases que se alternan, que tienden a ser crónicas y que poseen un impacto en la salud física y mental.

Los psiquiatras clasifican las enfermedades del estado de ánimo en dos tipos de depresión: estas son depresiones unipolares y trastornos depresivos bipolares.

“La Enfermedad Unipolar entraña exclusivamente “Fases Depresivas” (una o más), mientras que en la Bipolar es necesaria por lo menos una “Fase Maníaca, Hipomaníaca o Mixta”.



Fuente: Entrevista Felipe Leddermann en Centro Efeso

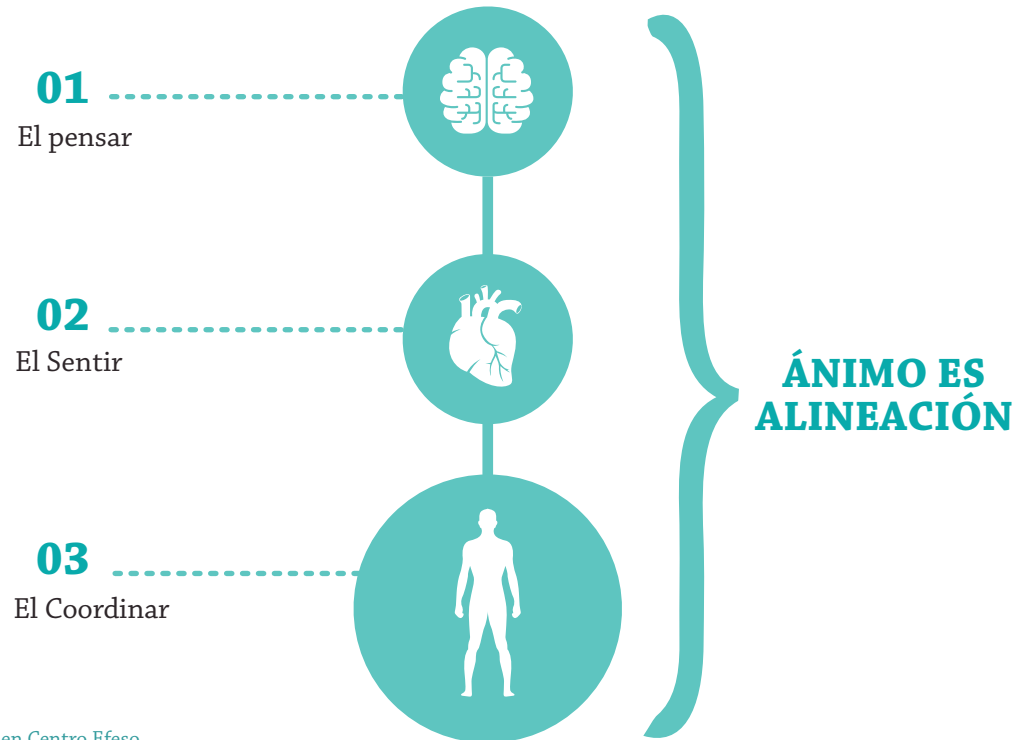
Las depresiones unipolares son en realidad un conjunto heterogéneo en el que destacan desde reacciones de tristeza ante un fracaso personal hasta enfermedades graves de origen básicamente biológico u orgánico. El trastorno bipolar, en cambio, a pesar de presentarse de modos muy diversos en función de su gravedad, es mucho más homogéneo como categoría diagnóstica presente. (Colom

& Vieta, 2004) .

Ambos tipos de Trastornos Afectivos son definidos por dos manuales médicos conocidos como el DSM y el CIE. La depresión Unipolar fue el trastorno mental individual más frecuente después de la fobia específica, con una prevalencia de vida que fluctúa entre el 4% y el 10% y una prevalencia de 12 meses entre el 3% y

6%. Este estudio también estipuló que el inicio de los trastornos afectivos comienza entre los 25 y 50 años de edad.

Estos estudios suponen un esfuerzo por establecer índices globales sobre depresión, la cual posee pocos estudios actuales sobre el subtipo depresivo de Trastornos anímicos que contiene al TAB (Trastorno Afectivo Bipolar) y al TAU (Trastorno Afectivo Unipolar).



## CLASIFICACIÓN DE TRASTORNOS ANÍMICOS

Los actuales sistemas de clasificación y diagnóstico vigentes en mundo para Enfermedades Mentales son el DSM-5 y CIE. Estas siglas corresponden a manuales de sistema de clasificación de distintas enfermedades psiquiátricas.

La sigla DSM o “Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders” es una clasificación norteamericana en profundidad que busca unificar criterios e impedir que cada médico haga un diagnóstico erróneo. Es una Herramienta certera y específica utilizada para establecer una mejor comunicación entre clínicos, investigadores y especialistas. Está avalado por estadísticas y trabajo de campo, análisis de datos, literatura científica y consenso de expertos.

Éste genera una clasificación detallada de cada uno de los síntomas de cada Trastorno Mental y que busca un diagnóstico concreto y certero por medio de especificaciones.

Los CIE conocidos como “International Commission of Diseases” son revisiones de la Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud. Estos exponen terminología psiquiátrica con respecto alteraciones mentales de una forma más acotada que el DSM -V actual.

Actualmente DSM-V y CIE 10 son las clasificaciones vigentes de uso médico más completas para el uso de especialistas en todo el mundo.



Visualización portada libro sobre psiquiatria DSM-5, versión en español.

# 2

## Trastorno Bipolar

“...la **BIPOLARIDAD** es una enfermedad espiritual que debe controlar un **ÁNIMO** que oscila entre **DOS POLOS OPUESTOS...**”

Susana Rodríguez



## DEFINICIÓN DE BIPOLARIDAD

El Trastorno Afectivo Bipolar o TAB es actualmente una enfermedad padecida por 65 millones de personas a lo largo del mundo según estadísticas mundiales (OMS, 2012).

“Se estima que a nivel mundial el Trastorno Bipolar presenta una prevalencia de 2,4% para el espectro bipolar, 0,6% para el Trastorno Bipolar I y 0,4% para el trastorno Bipolar II. Estudios nacionales muestran una prevalencia de vida para el trastorno bipolar de 2,2%, para mujeres 2,5% y para hombres de 1,8%” (Retamal, 2012, pp. 8-9).

A pesar de que es considerada una enfermedad frecuente, ésta no representa un concepto positivo ya que actualmente es una “etiqueta social” de designación.

Los especialistas Colom y Vieta (2008) definen este trastorno como:

*“... una enfermedad que afecta los mecanismos cerebrales encargados de regular el estado de ánimo, haciendo que este sea patológicamente inestable”* (p.19).

También agregan que:

*“El trastorno bipolar es una enfer-*

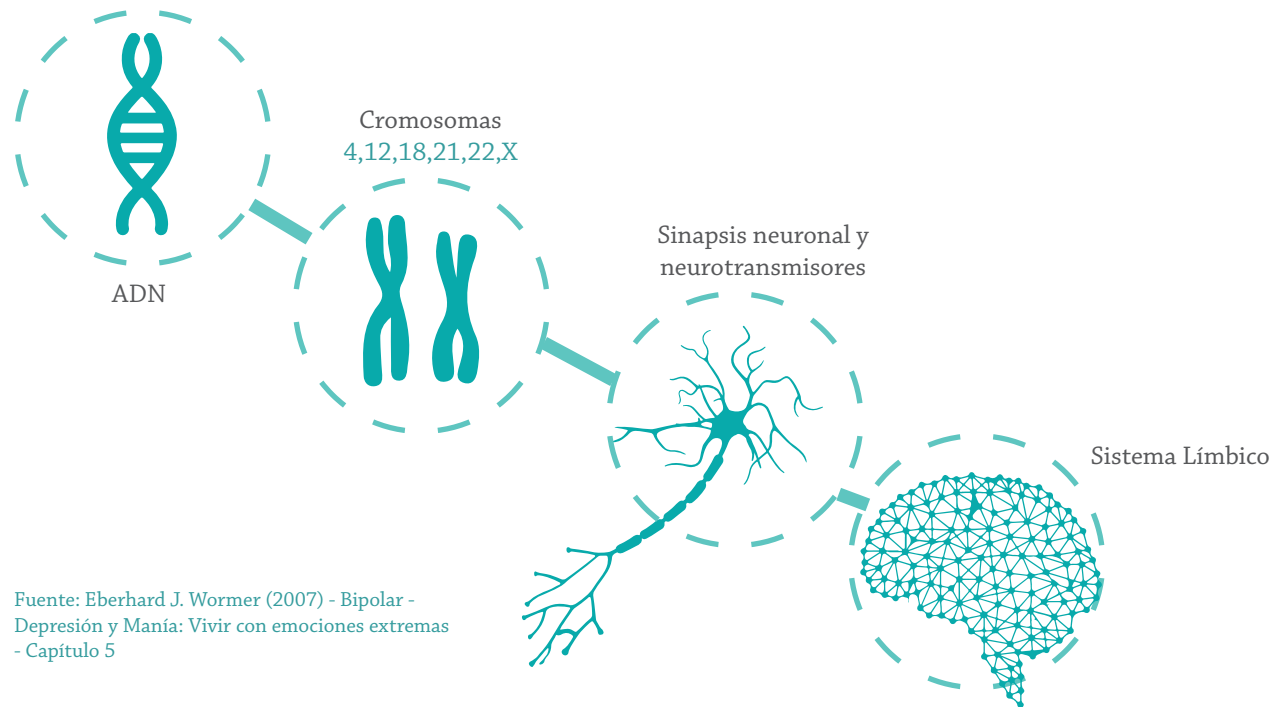
*medad episódica o cíclica en la que se alternan períodos en que está esterilizada (llamado períodos de eutimia) con episodios de descompensación como manía, hipomanía, estados mixtos y depresión”.* (p. 23).

## CAUSAS DE LA BIPOLARIDAD

Éste trastorno cerebral o “vulnerabilidad cerebral” es provocado por un desbalance biológico y neuroquímico el cual, afecta al llamado sistema límbico del cerebro. Éste sistema el cual está ubicado en la zona central del encéfalo, es el encargado de regular emociones y está formado por el tálamo, el hipotálamo, hipocampo y la amígdala. Éste

sistema es afectado a nivel neuronal por factores genéticos y ambientales, influyendo en la moderación de la agresividad, el hambre, en distintos en sexual, el sueño que se ven afectadas por el estrés.

El funcionamiento del sistema límbico es complejo. Contempla su propia constitución determinada por factores genéticos y la influencia de factores ambientales detonantes de estrés. Las personas con TAB poseen un sistema límbico más vulnerable a nivel neuronal por constitución el cual presenta mayor inestabilidad ante condiciones ambientales que precipitan las recaídas.



Fuente: Eberhard J. Wormer (2007) - Bipolar - Depresión y Manía: Vivir con emociones extremas - Capítulo 5

### FACTORES GENÉTICOS

Los Factores Genéticos implicados han sido descritos como:

*“Factores hereditarios y de genes “defectuosos” que junto a los cromosomas, los biorritmos (ritmos sueño y vigilia), las funciones de comunicación del sistema nervioso (neurotransmisores, neurobiología), las hormonas y la psique, influyen en el equilibrio anímico”.* (Wormer, 2003).

Los estudios de “Linkage” tratan de determinar que genes pueden transmitir el riesgo de presentar un Trastorno Bipolar. En ellos se trata

de determinar si una determinada región de Cromosomas se asocia con la enfermedad en una familia con varios miembros afectados.

Éstos estudios apuntan a los cromosomas 4, 12, 18, 21, 22 y X como implicados en la Enfermedad Bipolar. Siendo así, la carga genética del Trastorno Bipolar es indiscutible, aunque también hay lugar para la influencia del ambiente.

### ESTUDIOS NEUROQUÍMICOS

En los últimos años se han realizado varios estudios sobre el papel desempeñado por distintos neurotrans-

misores, hormonas, segundos mensajeros intracelulares y Neuropéptidos.

Los Neurotransmisores son partículas químicas que transportan la información entre neuronas. Las alteraciones a nivel genético que presenta la constitución de neurotransmisores implicadas en el Trastorno Bipolar afectan al propio neurotransmisor, y pueden afectar a los elementos químicos necesarios para elaborar el neurotransmisores, enzimas implicadas, transportadores intracelulares que acompañan al neurotransmisor hasta la periferia de la célula y al neuroreceptor encargado de darle la bienvenida en la neurona destino.

Entre los más de 100 neurotransmisores que hoy se conocen, y que parecen más involucrados en el trastorno bipolar son la dopamina, la serotonina, la norepinefrina, el glutamato, la acetilcolina y el G.A.B.A. (ácido gammaaminobutírico).

Un hallazgo expuesto por especialistas es que durante la fase del TAB I llamada Manía, los metabolitos de la Dopamina se aumentan generando trastornos del movimiento como la hiperactividad. También su déficit durante la Fase Depresiva se genera la lentitud también denominada Catatonía Depresiva y apatía.

### FACTORES AMBIENTALES

Los factores ambientales pueden ser de tipo biológico (enfermedades y alteraciones corporales), de tipo psicológico (asociados al trabajo y familia), y de tipo social (cambio de hábitos y costumbres culturales).

Los factores ambientales influyen alterando la producción de sustancias cerebrales y generando descompensación neuroquímica provocada por estrés. Esto genera entre las neuronas neurotransmisores generando un rápido agotamiento y desgaste llegando a producir problemas en la producción de distintas hormonas que regulan el cuerpo de forma sistémica.



## TIPOS DE BIPOLARIDAD

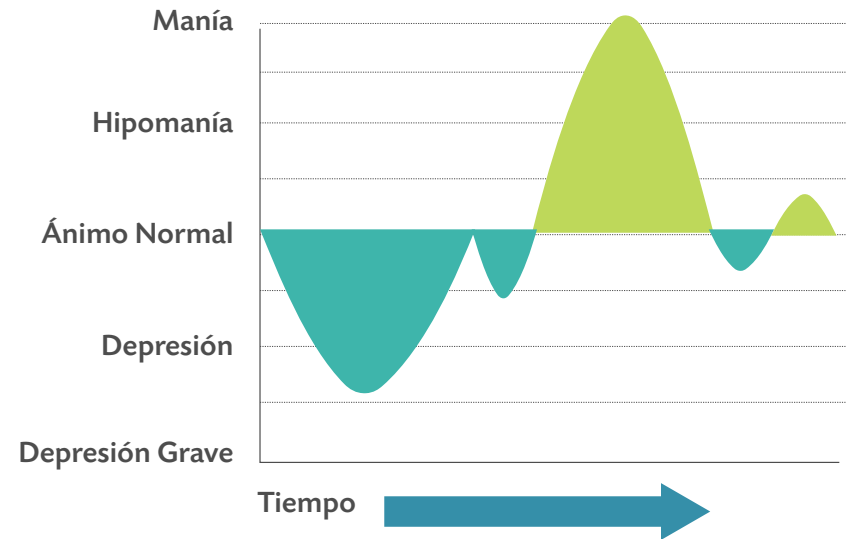
En los inicios de la clasificación de trastornos bipolares se han observado la constitución de distintos tipos de Trastorno Bipolar. Muchas clasificaciones buscan definir este Trastorno desde un punto de vista médico pero que actualmente no representa la mejor vía informativa para la población general.

Debido a su complejidad y especificación, actualmente se ha abarcado el concepto de “Espectro Bipolar”. Éste se refiere a trastornos bipolares con una línea muy difusa entre ellos enmarcados en un contexto en el que influyen factores familiares, socioeconómicos, culturales (que no poseen una clasificación notoria y específica) además de los propios síntomas. Este concepto

representa un puente entre los tipos de trastorno siendo una clasificación que necesita marcos más rígidos para su comprensión. Para hacer una comprensión mucho más específica y comprensible el DSM-V optó por diferenciar y dividir el espectro bipolar (alejándolo de un punto de vista subjetivo a uno general rescatando rasgos comunes en cada caso) en una clasificación más simplificada

y definida para aglomerar las fases y síntomas de cada tipo de TAB.

Estos se dividen actualmente 3 Tipos de TAB según la intensidad de sus síntomas que son actualmente reconocidos y trabajados a lo largo del mundo para diagnóstico clínico como para el conocimiento de paciente y familiares. También se inician entre los 18 y 30 años.



**Figura 2**  
Fases de TBI

### 1. Trastorno Bipolar I (TB I)

El Trastorno Bipolar de tipo I suele iniciarse en la juventud en forma de episodio maníaco en los hombres y depresivo en las mujeres y a medida del avance etarios puede incrementar la intensidad de los síntomas. Éstos pueden llegar a alucinaciones y delirios graves, aceleración, fuga de ideas, hospitalización y hasta el suicidio. Una definición bastante detallada es la siguiente:

*“El trastorno bipolar de tipo I, es*

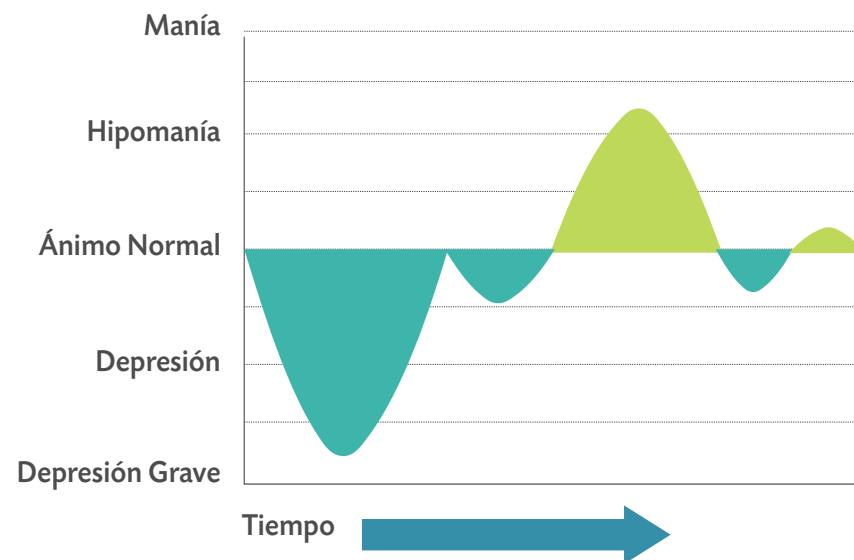
*un síndrome clínico conformado por la alternancia de episodios de manía y depresión, intercalados por un periodo de eutimia, en el cual el paciente no presenta alteraciones en el estado de ánimo. Se trata de un trastorno afásico, caracterizado por una “ emoción prolongada y global” (depresión y manía), clínicamente complejo, que se expresa por alteraciones del comportamiento y de los procesos psíquicos”.* (Correa, 2006, p.90)

Éstas fases también denominadas “recaídas” poseen simetría entre

manía y depresión tanto en duración como intensidad y generalmente requieren hospitalización en los períodos de aceleración y en los períodos depresivos intensos. También es frecuente que después del primer episodio pase mucho tiempo sin que aparezca otro episodio. El diagrama de la **Figura 2**, muestra las distintas curvas que se pueden presentar en las fases de la enfermedad a modo de ejemplo.

El TB I representa el subtipo de mayor intensidad en los síntomas,

dado a la inclusión de la manía como epicentro de alucinaciones y delirios que son las causas de hospitalización más frecuente. Otras características que acompañan este subtipo son acentuaciones considerables de los episodios maníacos y los depresivos que pueden presentar tres fases y que pueden durar hasta 6 meses sin el tratamiento adecuado. Al igual que los otros subtipos de TB el primer episodio no es identificado ya que el inicio puede ser encubierto por alcohol, uso de drogas o atribuirlos a anomalías ambientales. (Colom & Vieta, 2006, p. 90).



**Figura 3**  
Fases de TBII

## 2. Trastorno Bipolar II (TB II)

El trastorno bipolar de tipo II es similar al TAB I a diferencia de no presentar episodios maníacos o mixtos, por ende la intensidad de los síntomas a nivel maníaco son considerablemente menores. La fase depresiva por el contrario, es más intensa que el TAB I generando que esta tenga el mayor riesgo de recaídas e intentos de suicidio dentro de los 3 subtipos de TB.

El TAB II es especificado como:

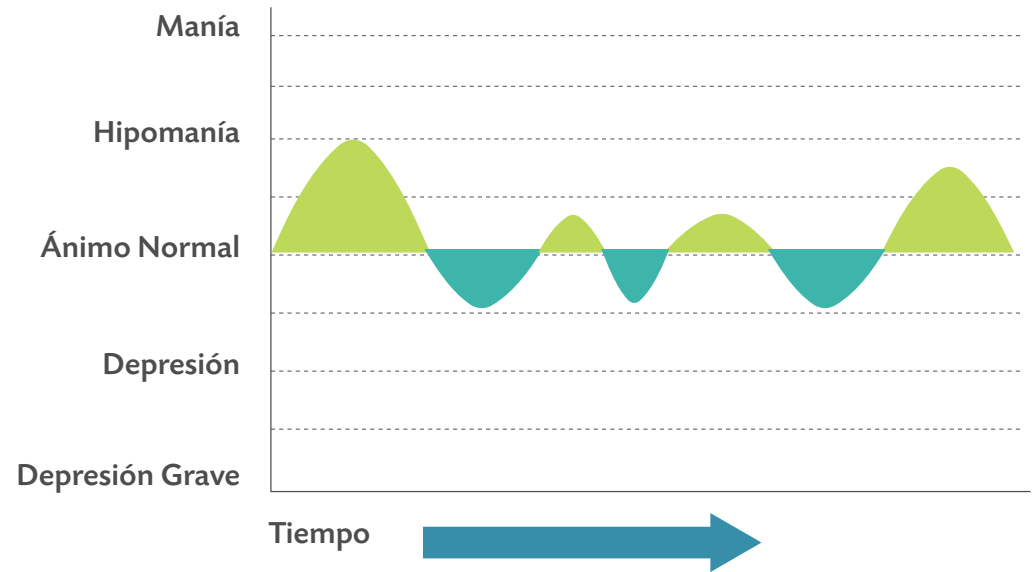
*“El trastorno bipolar de tipo II se caracteriza por depresiones, que pueden ser tan intensas o más que en el tipo I, y fases de euforia moderada que no requieren ingreso hospitalario y que se denominan hipomanía... por su gravedad moderada no requiere hospitalización ni es identificada de modo inmediato por terceros como un estado anormal de la mente.*

*La hipomanía puede darse tanto en el tipo I como en el II. La manía, en cambio, únicamente se da en el tipo I.*

*Sólo el 10 % de los bipolares II pasan a ser bipolares I a lo largo de su vida (es decir, presentan un episodio de manía). Los síntomas psicóticos (delirios y alucinaciones) son mucho menos frecuentes en los bipolares II que en los I, entre otras cosas porque la hipomanía, por definición, no puede acompañarse de síntomas psicóticos (si es así se habla de manía). Si los bipolares II presentan síntomas psicóticos – lo que ocurre en uno de cada tres casos –, es siempre en una fase depresiva“.* (Colom y Vieta, 2004, p.39)

El TB II si bien parece ser más leve considerando la hipomanía y la ausencia de hospitalizaciones, es importante declarar que los episodios de hipomanía son menores en cantidad y los episodios depresivos son bastante más intensificados, generando fases depresivas más extensas, incremento del apetito, incremento del sueño, y tendencia a la dependencia del alcohol.

La **Figura 3** muestra las fases que componen TB II.



**Figura 4**  
Fases de Ciclotimia

### 3. Ciclotimia

El último tipo de TB es el subtipo menos grave por sus fases de intensidad leve. Debido a estas intensidades leves muchas veces la enfermedad no es diagnosticada por la enfermedad en sí, sino que por temas asociados al entorno del paciente.

El concepto que Berhard (2003) menciona que:

*“ciclotimia se entiende por fases, a menudo de corta duración, días o semanas con depresivas o hipo maníacas, que van seguidas de fases de la misma duración, también días o semanas, en las que el estado en Inico es normal. Las personas afectadas no sufren, de acuerdo con la definición, episodios totalmente intensivos ni de depresión ni de manía”.*

Algunos síntomas de la ciclotimia son irritabilidad y accesos de furia en lapsos de tiempo variable, cambios en los hábitos de sueño en disminución de horas de sueño, rendimiento laboral y estados de introversión y extroversión fluctuantes, toma de riesgos, y autovaloración alternante.

Se incorpora también un concepto especial dentro de la enfermedad que puede aplicarse a los dos tipos de TB (I y ciclotimia) mencionados con anterioridad y que se denomina ciclación rápida o Rapid Cycling que poseen algunos pacientes. Estos alternan en cuestión de días, u horas, varias fases de manía y depresión.

## FASES DE LA BIPOLARIDAD

Dentro de las Fases o “Recaídas” Bipolares se reconocen 4 que son presentadas por los tipos de TAB de forma particular. TAB I se alternan períodos eufóricos de Manía y depresión moderada, en el TAB II se desarrollan fases de euforia de hipomanía en distintos grados junto a depresiones moderadas y graves, y por último en la Ciclotimia se presentan períodos de estados mixtos con alternancia y ciclación rápida más frecuente.

### a) Manía

Correa (2006) define las fases maníacas como: “... un estado de hiperexcitación de las funciones psíquicas caracterizado por la exaltación del humor y el desencadenamiento de las pulsiones instintivo afectivas”.

Las características del cuadro clínico descrito por este autor, corresponden a los síntomas que han

adoptado los clínicos por consenso, para el diagnóstico de la manía, euforia, exaltación psicomotora y pensamiento ideofugitivo.

Los pacientes que presentan la manía como inicio del cuadro bipolar con frecuencia son bien diagnosticados y el diagnóstico de TAB I permanece estable. Algunos síntomas de manía son:

- ~ Exaltación desmedida
- ~ Ánimo eufórico.
- ~ Elevada sensación de autovaloración
- ~ Susceptibilidad, accesos de furia
- ~ Elevado impulso vital
- ~ Actividad elevada
- ~ Tentativas insólitas y arriesgadas
- ~ Falta de moderación
- ~ Excesiva locuacidad
- ~ Elevado nivel de energía
- ~ Disminución de la necesidad de sueño
- ~ Disminución del apetito
- ~ Refuerzo del impulso sexual (aumento de la libido)
- ~ Fuga de ideas pensamientos rápidos, ideas delirantes
- ~ Pensamiento fluctuante

- ~ Restricción del juicio
- ~ Grandes ideas
- ~ Ideas delirantes, delirios de grandeza
- ~ Alucinaciones y percepción de voces

### b) Hipomanía

La hipomanía es una manía suave que no llega hasta el punto de hospitalización. En la hipomanía no aparecen síntomas psicóticos, aunque ésta se acompaña de muchos otros síntomas. El DSM-V (2013) los abarca como:

Insomnio o disminución del sueño, discurso acelerado, irritabilidad, autoestima exagerada o grandiosidad, disminución de la necesidad de dormir, verborrea, fuga de ideas o experiencia subjetiva de que el pensamiento está acelerado, desconcentración, agitación psicomotora, y aumento de la actividad intencionada o arriesgada.

### c) Depresión

La fase depresiva consiste en la

pérdida de interés por las actividades habituales, la falta de ilusiones y la gran dificultad para hacer cosas que, en otro momento, habrían sido fáciles o rutinarias. En la depresión bipolar hay una gran pérdida de fuerza de voluntad y una gran apatía. A menudo los pensamientos y los actos son más lentos.

Algunos de sus síntomas son ánimo decaído o disfórico, oscilaciones anímicas, sensación de culpabilidad, sensación de inutilidad, pérdida de sentido el placer (anhedonia), aislamiento social, pensamientos suicidas, impulso disminuido, reducido nivel de energía, apatía o desasosiego, habla lenta, sueño excesivo, trastornos de la alimentación, fatiga, exceso o pérdida de peso, disminución del impulso sexual (trastornos de la libido), cansancio, dolores de cabeza, dolores de espalda, empeoramiento de la estimación del estado salud (hipocondría), trastornos de concentración, trastornos de la memoria, incapacidad de decisión, desequilibrio del

raciocinio, ideas delirantes, alucinaciones y percepción de voces.

#### **d) Estados Mixtos**

Los estados mixtos son fases presentes en el TB que se caracterizan por la aparición simultánea de los síntomas maníacos y depresivos en diferentes combinaciones, dependiendo de los cambios de humor, y los cambios cognitivos y de comportamiento. Por lo general son más cercanos al estado de ánimo depresivo negativo por presentar ánimo negativo y disfórico. Este estado es el que más experimenta estados de excitabilidad, ansiedad, hiperactividad, habla entrecortada, hostilidad, inquietud, dificultad para dormir, el insomnio global, taquipsiquia, y logorrhea, fuga de ideas e ideas delirantes, llanto, labilidad emocional y sentimientos de culpa.

Los estados mixtos son difíciles de diagnosticar y tratar, y por lo general se asocian con un alto riesgo de suicidio.

### **FACTORES DE RIESGO Y RECAÍDAS**

Algunos de los factores que presentan riesgo de crisis o recaídas son:

#### **a) Cambio estacional**

Distintos pacientes con TB experimentan recaídas en épocas de “cambio estacional”. Las estaciones del año más frías junto a condiciones climáticas y meteorológicas específicas, influyen en desarrollo de las fases depresivas. También es común que en verano se gatillen fases maníacas o hipomaníacas por estimulación lumínica.

#### **b) Parto**

En el caso de mujeres con TB, el parto constituye un alto riesgo de descompensación. Los factores que entran en juego son el estrés psicológico, cambios hormonales y también las medidas farmacológicas dispuestas para dicho proceso. Al existir fármacos que provocan malformaciones en el feto, muchas

veces se opta por alternativas de fármacos que durante el embarazo no afecten la formación del feto.

Otra complicación es que después del parto, el hijo al ser retirado del útero de la madre genera déficit en la estimulación de la producción de estrógenos. Éstos inhiben la producción de un neurotransmisor, la dopamina; por lo tanto, en el posparto se produce una cantidad exagerada de dopamina en el sistema límbico que al mismo tiempo modifica la concentración de serotonina. Estos cambios provocan “crisis” o recaídas maníacas o depresivas.

#### **c) Consumo de Drogas**

Algunas drogas ilícitas como la Heroína, la Marihuana, el LSD, cocaína, y las anfetaminas son nocivas para el TB, principalmente por lo que conlleva a nivel de interacción farmacológica y reducción de horas de sueño. Las recaídas pueden desencadenarse por un aumento de la

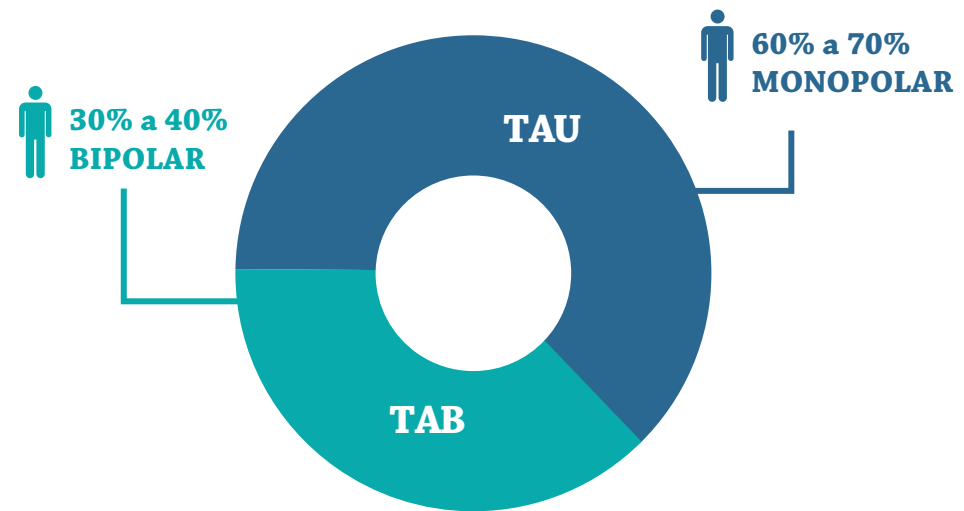
cantidad de dopamina cerebral.

En el caso de alcohol este también está contraindicado por su desestabilización del ánimo. En el caso de la cafeína, a pesar de ser legal, es un estimulante que puede generar problemas en el hábito del sueño y acrecentar fases maníacas e hipomaníacas.

#### **d) No dormir**

El sueño constituye la regeneración de neurotransmisores cerebrales que son necesarios para el estado de eutimia o equilibrio. El dormir una cantidad de horas insuficiente es un gatillante inicial de recaída o descompensación ya que se activan mecanismos de alerta orgánicos que regulan los estados de ánimo y que activan la respuesta neurofisiológica al estrés. El dormir poco conlleva a recaídas de fase maníaca y dormir en exceso conlleva fases depresivas. Lo ideal para un paciente bipolar es dormir entre 7-9 horas.





Proceso largo de “pesquizaje” PORQUE SE CONFUNDEN

### DIFÍCIL DIAGNÓSTICO

El TAB posee un difícil diagnóstico en inicio ya que se lo confunde muchas veces con la depresión unipolar por tener tendencia a mostrar períodos depresivos, o porque personas en estado hipomaniaco y maniaco no son conscientes de que su euforia es patológica. Estos diagnósticos que muchas veces son tardíos resultan ser en sus comienzos diagnósticos erróneos.

A esto se suma que muchas veces hay un importante desconocimiento por parte de médicos generales, presentes en la salud pública que no son especialistas en el tema y que deben dilucidar de que que trastorno afectivo se trata.

Se sabe que para diagnosticar un trastorno bipolar se debe identificar períodos de tiempo en los que el paciente se ha mostrado claramente

eufórico, acelerado o irritable. El usar las distintos criterios de clasificación diagnóstica ya expuestos como DSM y CIE es crucial para saber los síntomas exactos para definir caso a caso.

Colom y Vieta (2004) señalan que el TAB II es el subtipo de TAB más difícil de diagnosticar (p. 166) lo cual pone “en jaque” a médicos a

lo largo de todo el mundo a modo de diagnóstico. A esto se suma que muchos pacientes y sus familias consultan cuando el paciente se encuentra en fase depresiva recibiendo muchas veces un tratamiento farmacológico inadecuado o erróneo que puede intensificar los agravantes de la enfermedad. Si bien el proceso de diagnóstico es una de las fases más difíciles de la

enfermedad, es importante señalar que cuando esta se efectúa y se define posee un buen pronóstico. Este buen pronóstico se debe a un correcto tratamiento en donde se contiene el tratamiento farmacológico soluciona el desbalance bioquímica de la enfermedad y la Psicoterapia que ayuda a mejorar las relaciones interpersonales relacionadas con las conductas de cada paciente.

Diagnóstico { Erróneo  
Difuso  
Tardío } **DUDA, INSEGURIDAD**  
PACIENTES PRIMERIZOS

Fuente: Retamal (2012), Enfermedades del Ánimo pp. 56-57

### TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Si bien el TB es una enfermedad orgánica grave cuando no está bien controlada, posee una amplia gama de recursos farmacológicos que otorgan una estabilización a nivel bioquímico para el paciente Bipolar. Estos permiten frenar fases de recaídas junto a la intensidad de sus síntomas.

Este tipo de tratamiento para el TAB se compone de distintos medicamentos con distintos niveles de eficacia para los distintos síntomas y fases. Algunos son:

#### a) Eutimizantes o Reguladores del Estado de Ánimo

Estos son medicamentos que estabilizan el estado de ánimo. Reducen considerablemente la frecuencia y la intensidad de crisis depresivas y eufóricas. También se denominan eutimizantes. Estos ajustan las cantidades de dopamina, noradrenalina y serotonina que produce el cerebro, y facilitan un funcionamiento más armónico de los mecanismos regula-

dores de las emociones ante eventos de estrés. Los más importantes son el litio (Plenur), la carbamezepina (Tegretol), el ácido valproico (Depakine o Depamide) y la lamotrigina (Lamictal, Labileno o Crisomet).

#### b) Antipsicóticos atípicos

Aunque los antipsicóticos atípicos son fármacos diseñados para frenar las fases de euforia hipomaniaca y las fases maniacas, también algunos de ellos son eficaces en la prevención de recaídas. Entre éstos destaca por su acción preventiva la olanzapina (Zyprexa), la quetiapina (Seroguel), la risperidona (Risperdal), la ziprasidona (Zeldex), la clozapina (Leponex) o el aripiprazol (Abilify).

#### c) Antipsicóticos Neurolépticos o Medicamentos Para Fase Maníaca

Las fases maniacas o hipomaniacas, y también las mixtas, en que se mezcla manía y depresión, se tratan con estabilizadores del ánimo junto a antipsicóticos, denominados neurolépticos. Los antipsicóticos son medicamentos para la fase maníaca

y también para el tratamiento de la esquizofrenia. Estos fármacos apaciguan la euforia, la aceleración, los delirios y las alucinaciones. Algunas molestias que provoca pueden ser tics, tortícolis, rigidez, y temblores. Estos efectos dependen mucho de la dosis, de modo que cuando se toman cantidades pequeñas del medicamento son infrecuentes.

Los antipsicóticos se dividen en tres grupos: incisivos (muy eficaces en los delirios y las alucinaciones), sedativos (para la agitación y el insomnio) y atípicos (con menos efectos secundarios). De los incisivos, los más conocidos son el haloperidol y la trifluoperazina (Eskazine); de los sedativos, la levomepromazina (Sinogan) y la clotiapina (Etumina); de los atípicos, la quetiapina (Seroguel), la ziprasidona (Zeldex), el aripiprazol (Abilify), la clozapina (Leponex), la risperidona (Risperdal) y la olanzapina (Zyprexa).

#### d) Antidepresivos: medicamentos para Fase Depresiva

Son conocidos también como antidepresivos y sirven para evitar fases

depresivas graves y leves. Los hay de tres tipos: tricíclicos (muy eficaces pero con más efectos secundarios y mayor riesgo de precipitar una fase maníaca), IMAO (tienen el inconveniente que son incompatibles con muchos medicamentos y alimentos) y selectivos (descubiertos más recientemente, muy bien tolerados). Dentro de los fármacos más habituales se encuentran la imipramina (Tofranil), la clomipramina (Anafranil) y la amitriptilina (Triptyzol), la fenelzina (Nardelzine), la fluoxetina (Prozac), la paroxetina (Seroxat y otros) y la sertralina (Aremis y Besitran).

#### e) Ansiolépticos o medicamentos para la ansiedad y el insomnio

Durante la descompensación se manifiestan síntomas de ansiedad (nerviosismo, inquietud) y dificultades para dormir. Los ansiolépticos se usan para estos síntomas por su efecto tranquilizan especialmente en el ámbito psicomotor corporal que se ve intensificado. Los más importantes son el diazepam (Valium), el clorazepato (Tranxilium), el clonazepam (Rivotril), el lorazepam (Orfidal) y el flurazepam (Dormodor).

## PSICOTERAPIA Y PSICOEDUCACIÓN PARA TAB

La psicoterapia actual es utilizada para ayudar a las personas que poseen trastornos mentales a poder adaptarse a su ambiente social. Éstos son especialmente de tipo ansioso y depresivo. La psicoterapia generalmente se usa como un complemento a la terapia farmacológica en el caso de enfermedades del ánimo, ya que éstas requieren medicación de forma permanente y constante en el caso del Trastorno Bipolar. La psicoterapia abarca distintas temáticas asociadas al comportamiento de la persona, para que ésta pueda profundizar y resolver por medio de la comunicación problemas en su vida. La más utilizada es la psicoterapia cognitivo conductual para trastornos del ánimo y la Psicoeducación oral por medio de charlas comunitarias para pacientes y familiares. Ambas prácticas condicionan una conducta para la resolución de problemas para que el paciente pueda insertarse correctamente en su medio social habitual.

Algunas terapias conductuales

bastante utilizadas para el Trastorno Bipolar son a grandes rasgos:

### a) Terapia Cognitivo Conductual (TCC)

La terapia cognitivo conductual surge de la premisa de que la depresión genera un “círculo vicioso” de pensamientos negativos que conlleva a pensamientos y conductas negativas adicionales que finalmente dan lugar al deterioro de las conductas sociales e interpersonales. La terapia con cognitivo conductual (TCC) permite identificar y modificar pensamientos negativos y romper el ciclo corrigiendo la conducta negativa inicial.

TCC en el trastorno bipolar busca gestionar la depresión aguda, la prevención de recaídas, reducción del estrés, las interacciones interpersonales positivas, la adherencia al tratamiento, y el abuso de drogas y alcohol entre otros.

### b) Terapia Interpersonal y de Ritmo Social

Esta terapia se centra en la primera identificación de los comportamien-

tos de mala adaptación interpersonal y los trastornos de los ritmos sociales que estos provocan, una vez identificado el problema, la terapia busca el restablecimiento de ambos ritmos sociales saludables, como por ejemplo, el sueño, el ejercicio y los patrones alimenticios en relación con las problemáticas interpersonales.

Esta terapia desarrolla conductas adaptativas que pueden ser un aporte y mejorar la prevención de recaídas y un buen complemento al tratamiento farmacológico.

### c) Terapia centrada en la familia (FFT)

La terapia centrada en la familia busca incorporar a los miembros de la familia en un modelo interpersonal de terapia, mejorando la comunicación, disminuyendo el estrés individual y familiar, y generar comprensión de los participantes de la familia en lo que es la enfermedad y su impacto en la dinámica familiar. También busca gestionar interacciones entre los miembros de la familia. Esta terapia mejora los resultados para prevenir episodios

agudos y recaídas. También genera que la familia se centra en la terapia, aumente la herencia la medicación y disminuyan los problemas y roces de convivencia familiar por medio del diálogo y aceptación. Esta terapia es un complemento útil al tratamiento farmacológico.

### d) Psicoeducación

La psicoeducación es utilizada como un complemento a la terapia psicológica y también es usada como un complemento para el tratamiento farmacológico de enfermedades del ánimo.

Busca una forma de dar a conocer al paciente y familiares en qué consiste su enfermedad, la correcta adherencia al tratamiento farmacológico, características de la patología, y formas de prevenirla. También a esto se suma una forma de exponer problemas de forma grupal enfatizando la empatía grupal, la resolución de problemas, la comprensión de comportamiento de las personas con respecto a la enfermedad, socialización y fortalecimiento de lazos afectivos.

# 3

## Depresión en el Mundo

Para el año 2005, 121 millones de personas tenían Depresión; ahora la cifra ha aumentado un 1,8% llegando a un aproximado de 350 millones de personas según estudios de la OMS (2012).

### CONTEXTO MUNDIAL DE LA DEPRESIÓN Y EL TAB

Murray y López (1997) estimaron que la depresión en el mundo pasará desde el cuarto lugar el año 1990 al segundo el año 2020 como causa de años perdidos por discapacidad y muerte prematura, y los suicidios subirán de lugar 17 al 14. **(Figura 5)**

La Depresión es una patología común que genera alerta e impacto en la Salud Pública de diversos países.

También la economía se ve vulnerada por los costos económicos y su impacto sobre la productividad.

El trastorno depresivo unipolar dentro de la depresión es la segunda causa de AVISA (1) (pérdida de años de vida saludable) más importante; luego le siguen los trastornos ansiosos y la esquizofrenia, como lo demuestra el informe final estudio de carga de enfermedad y carga atribuible en Chile (Minsal,2007).

Se presenta a continuación un extracto de los estudios de carga mundial de morbilidad o DALY (The global burden of disease).

*DALY Tabla de cambios en el orden de importancia para los años de vida ajustados por discapacidad Dalí 1990 a 2020*

1990		2020	
Enfermedades respiratorias	01	01	Enfermedad coronaria
Diarreas	02	02	Depresión mayor
Enfermedades perinatales	03	03	Accidentes de tránsito
Depresión mayor	04	04	Enfermedad cardiovascular
Enfermedad coronaria	05	05	Enfermedades respiratorias
Enfermedades cerebrovascular	06	06	Enfermedades respiratorias
Tuberculosis	07	07	Tuberculosis
Sarampión	08	08	Guerras
Accidentes de tránsito	09	09	Diarreas
Anomalías congénitas	10	10	VIH
Malaria	11	11	Enfermedades perinatales
EPOC	12	12	Violencia
Violencia	13	13	Anomalías congénitas
Anemia ferroprivia	14	14	Suicidios
Anemia	15	15	Cáncer el aparato respiratorio
	16	16	
	17	17	

		AVISA
01	Enfermedades obstructivas del corazón	257,814
02	Trastornos depresivos unipolares	169,769
03	Trastornos de las vías biliares y vesícula	157,087
04	Dependencia al alcohol	124,312
05	Cirrosis hepática	122,088
06	Accidentes de tránsito	121,643
07	Agresiones	101,675
08	Úlcera péptica	91,744
09	Trastornos de la audición en adultez	76,406
10	Diabetes mellitus 2	72,230
11	Enfermedades cardiovasculares	70,811
12	Enfermedad isquémica del corazón	65,220
13	Trastornos ansiosos	62,693
14	Cataratas	60,590
15	Caídas	57,673
16	Trastornos de la visión relacionados con la edad	54,044
17	Esquizofrenia	51,624
18	Alzheimer y otras demencias	51,240
19	Obesidad	44,590
20	Trastorno del ánimo bipolar	41,213
21	Lesiones autoinfligidas	41,161
22	Migraña	38,481
23	Glaucoma	38,395
24	Enfermedades obstructivas crónicas	37,816
25	Hernia del núcleo pulposo	36,253

**Figura 5**  
 25 Causales de Avisa  
 Tabla que muestra  
 las enfermedades más  
 graves a lo largo del  
 mundo con respecto  
 a la pérdida de años  
 saludables.

## PREVALENCIA DE LA DEPRESIÓN EN USA Y AMÉRICA LATINA

E.E.U.U. es un país desarrollado y extenso que muestra estudios de Prevalencia que oscilan entre el 6,5% y 10,1%. También el costo directo anual que destina a tratamientos en Salud es de 12,4 billones de dólares. Canadá a su vez estima pérdidas en productividad de 2,53 billones de dólares.

En el caso de América Latina los estudios son escasos. Uno de estos fue hecho en la ciudad peruana de Lima, en 1982. En el se obtuvo una prevalencia de vida del 11,7% para los trastornos afectivos (según el DSM-III, utilizándose la encuesta DIS). El Trastorno Bipolar tuvo una prevalencia del 0,7% y el trastorno depresivo mayor o unipolar obtuvo un 6,9%.

Otros estudios comunitarios fueron realizados en México y Brasil. El primero fue realizado en Ciudad de México durante 1988 y estimó un 3,2% para el Trastorno depresivo Unipolar.

El segundo estudio en Brasil tomó las ciudades de Porto Alegre, Brasilia y Sao Paulo. Las prevalencias de depresión mayor variaron entre 1,9% en Sao Paulo a 10,2% en Porto Alegre.

Las manías y ciclotimia se ubicaron entre el 0,3% y 1,1%.

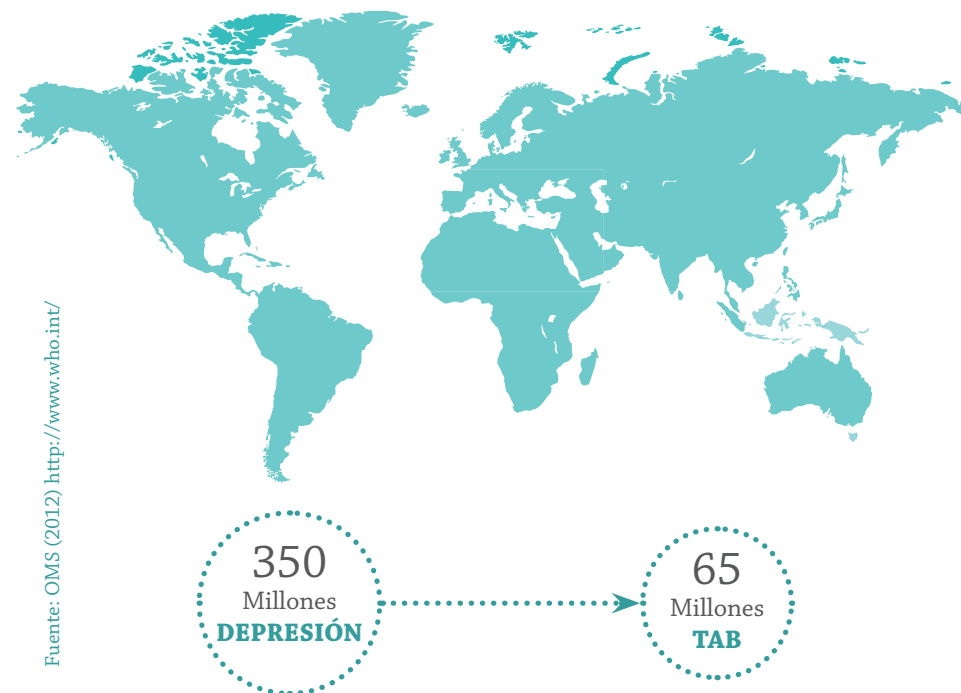
Otro estudio hecho en Colombia entre 1992 y 1994 determinó una prevalencia de 25,1% para la depresión clínica con tres niveles de severidad según el DSM-III.

Para el año 2000 y con distintas metodologías para cada país el International Consortium in Psychiatric Epidemiology (ICPE), creado por la OMS en 1998, realizó un estudio comunitario abarcando una muestra de 29.644 personas entre sus distintos países. En el se lograron prevalencias como las de 15,5% en Brasil y del 9,6% en México para trastornos del ánimo.

Otros estudios del National Institute of Health (NIH) establecen que los Trastornos Afectivos son las enfermedades mentales más prevalentes después de los trastornos ansiosos, en los países que participaron del estudio. La prevalencia de vida promedio fue del 12% y la puntual y de 12 meses del 6%.

Las prevalencias fueron mayores en los países desarrollados que en los países en vías de desarrollo. La depresión unipolar fue el trastorno mental individual más frecuente después de la fobia específica, con una preva-

## CONTEXTO MUNDIAL



lencia de vida que fluctúa entre el 4% y el 10% y una prevalencia de 12 meses entre el 3% y 6%. Este estudio también estipuló que el inicio de los trastornos afectivos comienza entre los 25 y 50 años de edad.

Estos estudios suponen un esfuerzo por establecer índices globales sobre depresión, la cual posee pocos estudios actuales sobre el subtipo

depresivo de trastornos anímicos que contiene el TAB y el TAU especialmente en nuestro país ya que las cifras van en aumento cada año.

\*ICPE

**International Consortium in Psychiatric Epidemiology**, creado por la OMS en 1998 está integrado por centros de los E.E.U.U. y Canadá (Norteamérica), México y Brasil (Latino América) y Alemania, Holanda y Turquía (Europa).

# 4

## Bipolaridad en Chile

El tabú en Chile con respecto a la Bipolaridad es un tema bastante complejo de abarcar, y existen exposiciones nacionales que le mencionan como una temática tabú, desconocida y muy personal. La Bipolaridad actualmente en Chile es una enfermedad que va en aumento cada año. Si bien las personas están familiarizados con el concepto de “depresión”, aún con respecto a la bipolaridad hay un cierto estigma provocado por la desinformación. A continuación se exponen datos estadísticos y los escasos estudios realizados en nuestro país a nivel de prevalencia, población y rangos entre otros.



## EPIDEMIOLOGÍA DE LOS TRASTORNOS DEL ÁNIMO EN CHILE

La epidemiología de los trastornos mentales es difícil de establecer. Principalmente por los problemas al definir el diagnóstico correcto y los límites difusos de sus subtipos de enfermedades. También los síntomas, por su duración y distintas intensidades ponen a prueba los distintos criterios de clasificaciones internacionales como el DSM de la Asociación de psiquiatría Americana y el CIE de la Organización Mundial de la Salud, entre otros. Otro desafío está en crear nuevos instrumentos de formato común para los distintos países que permitan una detección, diagnóstico y comparación de los datos estudiados.

También sus consecuencias son enormes; el impacto económico de la patología bipolar es enorme. En Chile el estudio de carga de enfermedad realizado por el Ministerio de Salud, permitió determinar los principales problemas de salud en el año 1993. Se utilizó el índice de años de vida saludables perdidos (AVISA) sumados a la pérdida de años de vida por muerte prematura e invalidez. El total de años perdidos es aproximadamente 1.789.000 años. En hombres pre-

domina la dependencia a la alcohol (el 31%) y en las mujeres la depresión (el 34%). De acuerdo con esos informes, al multiplicar el ingreso anual promedio, (distintos según el género) por el número de años de vida saludable perdidos, se puede estimar el costo anual por menor productividad. En Chile para los 267.000 años perdidos por enfermedad mental se calculó una pérdida de 7.171.000 millones de pesos por año (Correa, 2006, p. 434).

Investigaciones anteriores a la década de 1980 mostraron variabi-

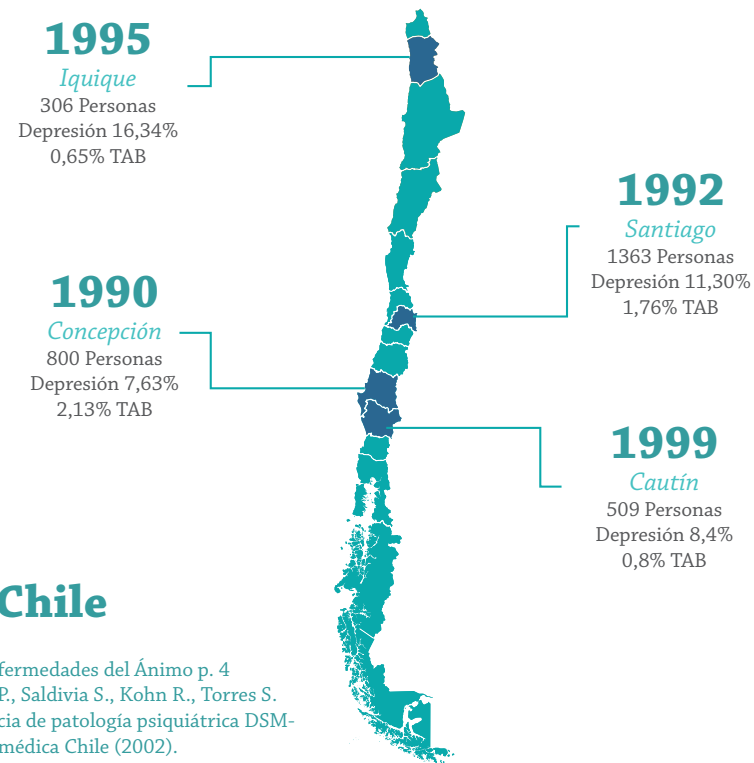
lidad, lo cual hacía que los datos no fueran comparados y analizados entre sí. Debido a estas problemáticas se creó la escala DIS (Diagnostic Interview Schedule), que es una entrevista diagnóstica de estructura rígida. La OMS por su parte elaboró a partir de la de DIS otra más completa denominada CIDI (Composite International Diagnostic Interview), que es una entrevista validada en los distintos continentes. Estos instrumentos han permitido recabar mayor información sobre los trastornos mentales.

Hasta hoy se han realizado varios estudios de prevalencia en distintos países. Los primeros estudios sistemáticos fueron los del Área de Captación Epidemiológica (E.C.A.) en E.E.U.U.

En el caso de Chile han habido escasos estudios epidemiológicos sobre bipolaridad donde el principal es la prevalencia en 6 meses de Trastornos afectivos en Concepción, Santiago, Iquique y Cautín, de Vicente y Kohls realizados entre los años 1990 y 1999 en base a la sintomatología descrita en el DSM-III.

## Estudios en Chile

Fuente: Retamal (2012), Enfermedades del Ánimo p. 4  
Fuente: Vicente B., Rioseco P., Saldivia S., Kohn R., Torres S.  
Estudio chileno de prevalencia de patología psiquiátrica DSM-III-R-CIDI) (ECP). Revista médica Chile (2002).



## PLAN NACIONAL DE SALUD MENTAL Y PSIQUIATRÍA (PNSM)

El año 2000 el Ministerio de Salud de Chile formuló el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría. Este plan propuso el financiamiento para el diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, y prevención de enfermedades mentales específicas. Todo esto pensando en un modelo de salud comunitario que incluye a distintos especialistas del área de salud.

Este promulgó la búsqueda de servicios comunitarios de salud mental, la integración de la atención de salud mental en los servicios de salud general y la creación de vínculos intersectoriales. Este modelo comunitario de salud (para atender trastornos psiquiátricos especialmente) cumple con las recomendaciones de la OMS para la organización de los servicios de salud mental y es parte del Modelo General de Atención en Salud que se aplica actualmente en todo el país como parte de la reforma del sector de la salud.

Esto buscaba el desarrollo de un modelo de atención de salud mental y psiquiatría aplicado al sistema público de salud en Chile. Este también permitió analizar las principales dificultades encontradas en toda la implementación anterior al sistema instaurado y los logros obtenidos. Este plan daría posteriormente forma al plan AUGE-GES que actualmente prevalece en nuestro país.

### AUGE- GES

Luego de que el PNSM fuera implementado, este paso a una segunda etapa que derivó en el actual sistema AUGE que rige actualmente en el sistema de salud chileno. El 2011 este programa de salud ya consolidado, realizó estudios y evaluación para incluir 11 nuevas patologías. En el año 2014 el número de patologías aumentó en 80, donde algunas de las nuevas patologías integradas fueron el déficit atencional, la depresión adolescente, y el trastorno bipolar.

Cabe destacar que de las 69 pa-

tologías que actualmente cubre AUGE/GES, menos de 5% corresponden al área de salud mental y se estima que las enfermedades neuropsiquiátricas corresponden a 23,2% del costo total de enfermedades en Chile.

### EPIDEMIOLOGÍA DEL TRASTORNO BIPOLAR EN CHILE

Los estudios de epidemiología relacionados con trastorno bipolar, en Chile, son bastantes escasos. También, la población no está informada de cuantas personas poseen la patología.

Pedro Retamal señala en su entrevista (ver anexo 3).

*“Es tan común como en otras partes, se calcula alrededor que el 5% de la población tiene manifestaciones de la enfermedad, la enfermedad tiene distintas intensidades, la más grave es la enfermedad bipolar I, eso significa que igual, lo tienen muchos personas el 1%, de 10 millones adultos, el 1% son 100,000 personas, así que pueden haber tantas bipolares graves, como, cerca de 100,000*

*menos graves, otros tantos más, así que fácilmente se pueden llegar a los 300,000 o 500,000 personas con las enfermedad bipolar”.* (Retamal, entrevista personal, 2 de mayo del 2016).

Este trastorno genera discapacidad importante en la convivencia familiar, y ocasiona desbalances en la calidad de vida de las personas. Generando una carga socioeconómica y sanitaria importante que puede mejorar con un diagnóstico oportuno y un tratamiento adecuado. Correa (2006) menciona:

*“Dentro de las enfermedades psiquiátricas, el trastorno bipolar (TB) representa una de las entidades más severas y discapacitantes, compromete por igual ambos sexos en todas las ciudades, y es padecido por el 3% al 5% de la población mundial. Su curso clínico es variable y comprende desde episodios de depresión hasta fases de exaltación anímica con franca sintomatología psicótica. Es la entidad psiquiátrica con mayores índices de recurrencia y si no se trata de forma adecuada, hasta el 15% de los pacientes puede consumir suici-*

dio, razón por la cual el TB constituye la tercera causa de mortalidad en el grupo de población comprendida entre los 15 y 24 años de edad". (p. 89)

En el caso del sistema de salud en Chile, MINSAL estructuró el 2013 una guía clínica, con indicaciones para tratar las depresiones leves y moderadas a nivel primario y las depresiones severas a nivel secundario la que estableció información de relevancia de síntomas, y características técnicas para médicos generales. Este contiene una información base que complementada con los estudios epidemiológicos ya mencionados describen patrones para establecer un perfil de paciente con trastorno bipolar presente en Chile.

### PERFIL DEL PACIENTE BIPOLAR EN CHILE

Retamal (2012) expone los estudios recabados hechos en Chile en donde se establece un perfil de paciente que posee diversas características y patrones. A continuación se mencionan los más relevantes.

1) La edad promedio del diagnóstico del trastorno bipolar en Chile es habitualmente a los 21 años. Trastorno TB I es a los 18,4 años y TB II es a los 20 años.

2) El intervalo de diagnóstico es entre 5 a 10 años desde la edad de inicio de los síntomas al inicio del tratamiento.

3) Las recaídas de TB I presentan alternancia entre episodios de depresión y manía. El 90% de los pacientes que presentan un episodio de manía tendrá otro dentro de cinco años.

4) El 90% de los pacientes tendrán al menos una hospitalización psiquiátrica.

5) La mayor prevalencia aparece ligada a bajo nivel educacional.

6) Se observa menor prevalencia en áreas rurales y mayor presencia en zonas urbana.

7) En Chile la edad de entre 40 y 50 años es la edad más vulnerable para presentar el Trastorno.

8) La distribución del trastorno bipolar es igual en ambos sexos.

9) Hay una tendencia a la asociación de mayores prevalencias en

niveles socioeconómicos bajos especialmente con desempleo.

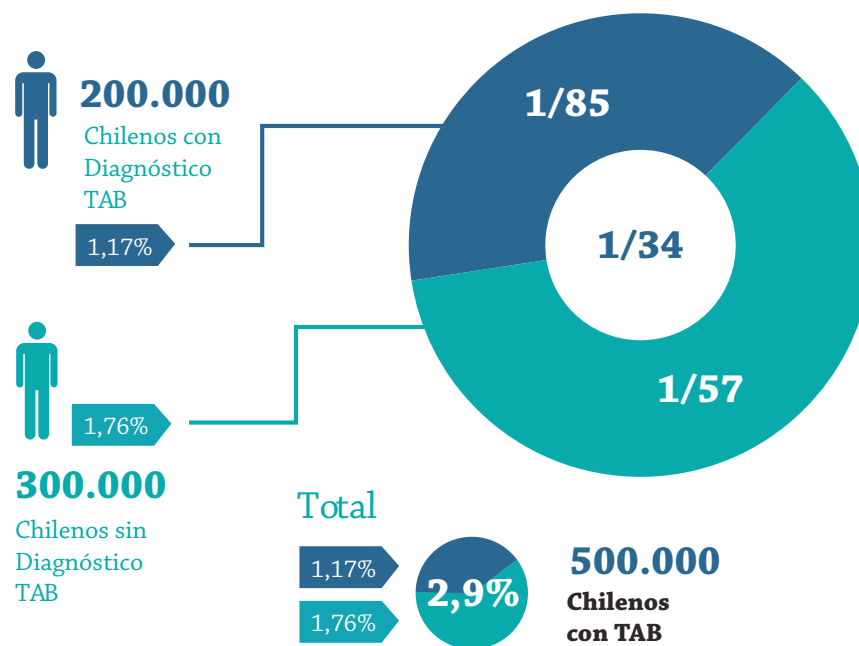
10) El trastorno se presenta más en personas solteras, divorciadas o convivientes.

En Chile las personas con trastorno bipolar sufren mayor tiempo depresión que manía o hipomanía lo cual genera la principal explicación para el retraso de 10 a 12 años en realizar el diagnóstico oportuno de la enfermedad, especialmente en TAB II.

### TAB en Chile

“fácilmente se pueden llegar a los 300,000 o 500,000 personas con las enfermedad bipolar...”

Fuente: Entrevista Pedro Retamal - Lunes 02 Mayo 2016.



# 5

## Psicoeducación

La psicoeducación hace referencia a la educación o información que se ofrece a las personas que sufren de un trastorno psicológico, aunque este tipo de intervenciones psicológicas también incluyen el apoyo emocional, la resolución de problemas y otras técnicas. El entrenamiento psicoeducativo involucra a los pacientes y a los miembros de la familia, siendo la meta de ésta, que el paciente entienda y sea capaz de manejar la enfermedad que presenta. De igual manera, se refuerzan las fortalezas, los recursos y las habilidades propias del paciente para hacerle frente a su enfermedad, para así evitar una recaída y contribuir con su propia salud y bienestar, con un fundamento a largo plazo. La teoría es, cuanto mejor conozca el paciente su propia enfermedad, mejor puede vivir con su condición.



### IMPORTANCIA DE LA PSICOEDUCACIÓN Y MATERIAL PSICOEDUCATIVO SOBRE BIPOLARIDAD EN CHILE

Dado que en Chile no hay muchos estudios sobre bipolaridad en detalle, se desarrolló una etapa de investigación preliminar como una forma de recoger y recabar información sobre el estado actual de guías psicoeducativas e información existente en Chile.

Considerando que el primer

acercamiento a la investigación arrojó que en Chile falta acceso a Psicoeducación para la población, especialmente para personas que están relacionadas con la enfermedad de forma cercana o la poseen, se consideró la Psicoeducación y su aplicación terapéutica como el epicentro de búsqueda y levantamiento de información. Actualmente el diagnóstico es algo difícil de realizar en Chile con los medios actuales y se considera como premisa un alto nivel de desconocimiento general especialmente por parte

de la familia y amigos del paciente bipolar primerizo.

Por ende, se contempló un proceso de cuatro etapas de búsqueda informativa en donde los especialistas consultados, se convirtieron en la primera fuente informativa. Éstos mostraron sus experiencias y argumentos con el uso de la Psicoeducación, siendo terapeutas que la practican en sus terapias con buenos resultados. Durante las entrevistas iniciales se rescataron los conceptos de “comprensión

informada” familiar y autocuidado del paciente, que son ejes claves del concepto de Psicoeducación como herramienta preventiva.

Se abarca este concepto expuesto por los especialistas consultados como:

#### Pedro Retamal

“es decir..., el concepto implica, de la manera más simple... es entregarle información a los pacientes, sobre todo a los familiares y amigos de los pacientes, de las distintas enfermedades psíquicas, eso debería hacerse

# PSICOEDUCACIÓN

## Reducir recaídas Mejor manejo de la enfermedad

con todas las enfermedades. Algunos son más relevantes que otras en la medida en que se tenga mayor cantidad de información, y los contenidos de esa Psicoeducación están relacionados con:

Importancia del diagnóstico precoz, la importancia del tratamiento adecuado, la importancia de los controles y la gravedad del abandono del tratamiento.

Los exámenes necesarios para realizar tanto el diagnóstico, como el seguimiento en el curso del mes

o el año siguiente. Y los distintos tratamientos disponibles que son de un punto de vista farmacológico, muchos, y del punto de vista de las terapéuticas complementarias, que son varias, y un tratamiento que es muy importante es la psicoterapia. La psicoterapia significa entender, comprender, enfrentar, resolver lo que le pase el paciente. Muchas veces se requiere además manejo familiar desde el punto de vista psicológico, y...y lo que en concreto yo hago, aparte, de estas cosas, es darle una tremenda relevancia al manejo psicoterapéutico,... debiera,

en ese sentido... yo prefiero explicarle al paciente, y en la familia información de forma simultánea, una como es”  
(Retamal, entrevista personal, 2 mayo del 2016).

### **Fabiola Serrano**

Es un proceso que busca informar a los pacientes, a los familiares y a las personas cercanas sobre el padecimiento psíquico del paciente y por otro lado busca un cambio en la actitud ante el trastorno mental, del trastorno psíquico mental, entonces,

en la primera parte informativa por ejemplo, la Psicoeducación le habla sobre la enfermedad tanto el paciente como los familiares, ¿qué síntomas son característicos?, ¿cuáles son en el caso del trastorno bipolar, los ciclos que tiene?, ¿en qué consisten los síntomas típicos de cada uno de los episodios?, ¿qué tipo de tratamiento?, ¿cuáles son los fundamentos que hay para utilizar?, ¿tal o cuál medicamento?, ¿qué objetivos tienen?. ¿cuáles son los síntomas que ponen alerta que se presenten?, la necesidad de que este tratamiento se haga de forma regular y todos

Fuente: Eduardo Correa Donoso (2006) - Trastornos Bipolares p. 412



### Aceptación del diagnóstico



### Detección precoz y manejo de síntomas



### Adherencia tratamiento farmacológico

participando en esto, para que no se vaya quedar sin tratamiento por a, b, c motivo, porque a veces los pacientes están lejos de sus familiares. Tiene que haber alguien que esté acompañando, idealmente también” (Serrano, entrevista personal, 4 mayo del 2016).

#### Felipe Leddermann

“...la Psicoeducación es bastante “lesefer”, esto quiere decir que cada centro, o cada institución, cada profesional hace por sí mismo, de la Psicoeducación algo muy par-

ticular, no hay normas establecidas, estamos, más que con Psicoeducación para la familia, es para la persona, el paciente, y hemos instaurado una guía, como un registro, del estado anímico, pero es para el paciente, y en Psicoeducación en términos familiares es como el protocolo familiar, para integrar a la familia al proceso de la terapia, pero básicamente para que aprenda a qué esperar de la relación y de cómo tratar a la persona dentro de su entorno” (Leddermann, entrevista personal, 5 mayo del 2016).

Luego de establecer parte de estas visiones del concepto, se llegó a otra premisa sobre la poca accesibilidad de material psicoeducativo, el cual aparentemente es escaso, esta información permitió definir uno de los ejes de búsqueda y análisis de existencia, circulación y accesibilidad de éste material.

También se definieron como temáticas psicoeducativas para la búsqueda, ventajas del tratamiento farmacológico correcto, recomendaciones para prevenir recaídas y el conocimiento sobre las característi-

cas de la enfermedad.

La investigación se compuso de cuatro etapas de exploración las cuales son entrevista simple y uso de información con especialistas, análisis de guía psicoeducativas chilenas y extranjeras (para observar características y ver las falencias de las guías chilenas), información recabada en distintos COSAMS (Consultorios Públicos de Salud Mental) y la instancia de exploración y análisis de charlas psicoeducativas. A continuación se abarcan en profundidad las etapas mencionadas.



¿Qué es Psicoeducación?  
¿Existen Guías de Psicoeducación?

### ETAPA I: ENTREVISTA ESPECIALISTAS EN PSICOEDUCACIÓN

Las entrevistas con especialistas fueron realizadas con la metodología de entrevista simple y grabación de audio y video como una forma de capturar las citas más importantes, ya que el acercamiento de las primeras entrevistas permitieron definir los ejes informativos más relevantes posteriormente.

Se estableció contactos con 3 especialistas que utilizan psicoeducación como un modelo dentro de sus terapias y como una herramienta para prevenir la sintomatología de la enfermedad (ver anexos 1, 2 y 3).

Entre estas 3 entrevistas, destaca el experto en psicoeducación sobre TAB, Pedro Retamal, el cuál es uno de los psiquiatras más reconocidos en Psicoeducación para TAB en Chile.

A continuación se extraen las principales citas recogidas durante cada entrevista y se acopla información básica asociadas a lugar de entrevista, día, fecha y duración para comprender de forma sintética el contexto y lo comentado por los especialistas con lo referente a las guías psicoeducativas. Éstas se convirtieron en el tema principal de

cada entrevista junto con el concepto de psicoeducación y consideraciones de prevención para la familia.

#### 1) Pedro Retamal:

**Especialidad:** Médico Psiquiatra experto en Psicoeducación sobre TAB

**Día:** Lunes 2 de Mayo del 2016

**Lugar:** 2º Piso Departamento de Psiquiatría, Sede Campus Oriente Universidad de Chile

**Dirección:** Av. Salvador #486

**Duración:** 48:33 min.

Citas específicas dichas durante la entrevista.

## Pedro Retamal



Lunes 2 de Mayo del 2016

“... todas estas guías, y estos libros, y folletos que existen acerca de la enfermedad bipolar, y que algunas son razonablemente buenas, y relativamente actualizados, la dificultad no está ahí, la dificultad está en otra cosa, primero que es difícil conseguirlos, más importante que eso, es que la persona los busque, más importante que eso es que las personas reciban información, porque no es lo mismo, ver un curso para manejar vía Internet, y otro presencial, de hecho, es que podría ser un recurso para la



persona que podría ser un curso en Internet o ver un folleto es como manejar, lo que es pasar las llaves del auto, decirle que maneje el centro de Santiago, y las personas no van a ser capaces de hacerlo, la mayoría, casi todos van a ser incapaces, por lo tanto, hay una cuestión que se llama el “aterrizar en la práctica la información”, entonces eso, es un complemento para la información directa a la que se le entrega al paciente en vivo y en directo a él y a la familia y una vez que esas cosas estén claras, la persona va a conseguir motivación para dedicarse a leer este tipo de información...”

“...es difícil, claro es difícil, pero yo creo no está en lo difícil de encontrar la información, está en que la gente no sabe, está ahí, y por lo tanto no hay acceso por ignorancia, la ignorancia tiene que ver porque en general, este proceso de la Psicoeducación no tiende a un desarrollo con lo relevante al tratamiento en la vida cotidiana de los pacientes...”

“...Claro que la Psicoeducación no está difundida, no se le da la relevancia que tiene incluso por ejemplo una de las herramientas terapéuticas más relevante que existen, los fármacos son importantes, pero otra herramienta terapéutica muy importante es la psicoterapia, y las psicoterapias específicas para pacientes bipolares, o psicoterapia para pacientes depresivos, y no es cualquier psicoterapia, ya que hay muchos tipos de psicoterapia, la gente no sabe que existen, y muchos profesionales tampoco lo saben, y más complicado todavía, es

“...el concepto implica, de la manera más simple, es **entregarle información a los pacientes,** sobre todo **a los familiares y amigos de los pacientes**”

que no se saben, ni se practica la Psicoeducación...”

“...hay muchas, hay guías pero son guías clínicas, y son guías para la ley...”

“ no, no, las guías son demasiado complejas, son demasiado complejas, entonces para las personas son demasiado extensas, Y son demasiado complejas, lenguaje técnico que está destinado a los profesionales de la salud, especialmente los médicos...”

“... El acceso a la psicoeducación es, es bajo, es muy bajo porque la

“...los **contenidos** de esta **Psicoeducación** están relacionados con la importancia del diagnóstico precoz, la importancia del **tratamiento adecuado**, la importancia de los **controles** y la **gravedad** del **abandono del tratamiento**”

gente no está informada, no está informada de la importancia del tratamiento, no estoy informado de que existe la psicoterapia, que existe la Psicoeducación, la gente no está informada respecto de las ventajas del tratamiento, no está informada con respecto a los costos y las complicaciones de la recaída, lo que hace difícil que busque material de forma espontánea, es una responsabilidad más bien de los médicos, de que estudien, que lean, que se enteren, del material disponible, y que se les entregue ese material, para que ellos lo puedan revisar...”

# Fabiola Serrano



Miércoles 4 de Mayo del 2016

“...Es un proceso que busca **informar a los pacientes, a los familiares y a las personas cercanas** sobre el padecimiento psíquico del paciente”

“...¿qué síntomas son característicos?, ¿cuáles son en el caso del trastorno bipolar, los ciclos que tiene?, ¿en qué consisten los **síntomas típicos** de cada uno de los episodios?, ¿qué tipo de **tratamiento**?, ¿cuáles son los **fundamentos** que hay para utilizar?, ¿tal o cuál **medicamento**?, ¿qué objetivos tienen?. ¿cuáles son los **síntomas que ponen alerta** que se presenten?”

## 2) Fabiola Serrano:

**Especialidad:** Médico Psiquiatra tratante de Trastorno Afectivo Bipolar  
**Día:** Miércoles 4 de Mayo del 2016  
**Lugar:** Consulta Particular  
**Dirección:**xxxxx  
**Duración:** 39:32 min.  
 Citas específicas dichas durante la entrevista.

“... si, en el sistema público hay muy poca información, es la que estábamos un poco hablando de la información general que a través de los medios de comunicación al lado de la depresión, esquizofrenia, poco, y de la usa sustancias y alcohol, es pobre, que sabe la población general en trastornos mentales si están en el

auge deberán ser, públicos, de conocimiento público, que un niño de cuarto medio supiera responderme que es un trastorno de depresivo, que es un cuadro de alcoholismo y abuso de sustancias, que es una esquizofrenia, más o menos, un trastorno mental, eso es educación, educación general, pero si vamos algo más específico, psicoeducación educación en torno a los trastornos psíquicos, menos educación hay en salud pública...”

“...por eso te digo hay más libros para nosotros los especialistas, que para público general, o sea y eso es lo que necesitamos, que se desarrolle medios informativos para la población general, o sea en el fondo estamos hablando, de algo que

es fundamental, la educación de nuestro país, sea público privado, estamos carentes de educación, entonces, todo lo que porque en eso es bueno, ya...”

“... ya, en qué sectores, en todos los sectores yo plantearía educación y psicoeducación , o sea eso tiene que empezar, la sociedad entera...”

“...sí, hay mucho que se puede hacer, muy buena la idea crear bajo distintos medios la ayuda para educar e informar, para una mejor comprensión de los trastornos mentales, que hasta hace pocos años estaban escondidos...”

“...Las guías son muy escasas...”

## 3) Felipe Leddermann:

**Especialidad:** Psicólogo tratante de TAB en Salud Privada  
**Día:** Jueves 5 de Mayo del 2016  
**Lugar:** Centro Médico Neurosiquiátrico Efeso  
**Dirección:** Alcántara #4100, Las Condes  
**Duración:** 40:18 min.  
 Cita específicas dichas durante la entrevista

“...la psicoeducación es bastante “lecefer”, esto quiere decir que cada centro o cada institución, cada profesional hace de sí mismo, la psicoeducación algo muy particular, no hay normas, establecidas...”

“...sí, la accesibilidad es un pro-

## Felipe Ledderman



Jueves 5 de Mayo del 2016

“...la **Psicoeducación** es bastante “lesefer”, esto quiere decir que cada centro, o

cada institución, **cada profesional hace por sí mismo, de la Psicoeducación algo muy particular**, no hay normas establecidas”

“...yo creo que la **familia es primordial**, el entendimiento por la familia, que es el foco mayor, porque si el **paciente se siente comprendido a nivel familiar** y no descolocado en la relación familiar eso se puede transmitir a otras instancias...”

blema, emhh, no hay difusión, no hay, no sé cómo pensarlo, pero no hay canales de difusión, no hay forma de, mmm, no he visto formas en las cuales la población tenga acceso al tratamiento, si no que es a través de alguien que conoce a alguien que tiene la enfermedad, entonces, se genera un rumor sobre la enfermedad a nivel poblacional, y no se genera un conocimiento verídico, la población crea algo como un rumor por otros que han tenido una enfermedad o presentan enfermedad, entonces no se tiene conocimiento, verídico, por profesionales, como un conocimiento, más formal de la enfermedad a nivel de tratamiento y se tiende a esta cosa, estigmatizar, por la enfermedad también, lo que yo visto es que los pacientes tiene mucho temor de contar, temor de hablar que sufren un trastorno bipolar, por que en el mundo en general, lo a estigmatizado, y ridiculizado...”

“...no conozco en detalle esas guías, son muy poquitas, no hay mucha información de eso...”

“...yo creo que la familia es primordial, el entendimiento por la familia, que es el foco mayor, porque si el paciente se siente comprendido a nivel familiar y no descolocado en la relación familiar eso se puede transmitir a otras instancias, si la familia tiene un paciente índice que presenta trastorno bipolar y participa y entiende que es algo normal y es algo que puede manejarse y que ayuda al paciente, y que sabe cómo ayudar al paciente, esa familia puede transmitir a otras instancias, y otras familias también, y es claro...”

“...yo creo que, a ver yo que recuerde, cuando estaba en el CRS, allá en la salud pública, por ejemplo las campañas de las situaciones de violencia intrafamiliar, la forma en

que informamos a la población, era a través de trípticos, de medios escritos, y nos daba bastante resultado, resultados bien buenos, y era por ejemplo dejar en todas las salas, de recepción, dejar folletitos, para que las personas de la central familiar se informaran, también hacíamos talleres informativos en base a la familia cuando tenía, en las reuniones de salud mental integrada, también entregamos a los distintos profesionales, de otras áreas de salud mental, le entregamos información sobre el cuadro de violencia intrafamiliar, para que ellos también pudieran pesquisar, y lo que no algún momento pensamos hacer vídeos también, en la sala espera que te estoy diciendo, la gente mirando ahí, y así permitiera

de que sí, que lo hiciera parte sí mismo, para ver si en su casa tenía o no, familiar, si estaba, si lo podían identificar, entonces, yo siento que lo masivo es a través del escrito, de lo audiovisual...”

Luego de cada entrevista se estableció material psicoeducativo escaso y poco accesible el cual se convirtió en un eje de búsqueda para explorar e introducirse en el segundo campo de estudio que se asocia a la existencia de material psicoeducativo sobre TAB en salud mental pública la que se realizaría en paralelo con la etapa 4 de charlas de Psicoeducación con la terapeuta Susana Rodríguez, la cuál fue contactada gracias al apoyo del Médico Psiquiatra Pedro Retamal.

# COSAM



Centros  
comunitarios  
especializados  
en salud mental



En ellos la gente  
puede acceder a  
salud mental  
pública



Salir a buscar  
información para  
ver si existen guías  
Psicoeducativas

## ETAPA II: BÚSQUEDA Y ANÁLISIS DE CIRCULACIÓN, EXISTENCIA Y ACCESIBILIDAD DE MATERIAL PSICOEDUCATIVO EN COSAMS

Para llevar a cabo esta acción se eligieron 5 establecimientos públicos de la comuna de Santiago para establecer la existencia sobre material psicoeducativo sobre TAB. Las 5 locaciones fueron elegidas a modo de “pincelada” para establecer una muestra que abarcara distintas comunas. En cada establecimiento se preguntó por la existencia de material psicoeducativo sobre TAB actualizado y disponible.

Antes de mencionar los resultados del estudio se expone a continuación el concepto de COSAM para hablar de los establecimientos analizados y luego se expondrá la información recabada en cada centro y conclusiones del trabajo de campo.

### ¿Qué es COSAM?

Los COSAM o Centros Comunitarios de Salud Mental son centros asistenciales que entregan servicio de atención integral y especializada en Salud Mental y psiquiatría, a personas y familias derivadas de los centros de salud familiar que poseen problemas y/o trastornos

mentales de moderada a alta severidad, en todas las etapas del ciclo vital. Los COSAM son un equipo de salud mental y psiquiatría ambulatoria integrados por profesionales especialistas, médicos psiquiatras, psicólogos, terapeutas ocupacionales, técnicos en rehabilitación, etc.

Éstos especialistas están a cargo de una población asignada que abarca a beneficiarios de cada comuna.

A continuación se muestra la información recabada sobre cada centro estudiado en el trabajo de campo y luego se exponen algunas conclusiones.

## ¿Existe material Psicoeducativo sobre bipolaridad de forma impresa o digital? ¿dónde puedo encontrarlo?

## 1) Hospital Luis Calvo Mackenna



**DIR** Av Antonio Varas 360, Providencia, Santiago

**DÍA** Jueves 28 de Abril del 2016

**@** Recomendación de buscar en internet

**X** No hay material psicoeducativo

**?** Desconocimiento evidente de personal

**📖** No se conocen guías

### Consultorios y Hospitales:

#### 1) Hospital Luis Calvo Mackenna:

**Dirección:** Av. Antonio Varas #360, Providencia, Santiago, Región Metropolitana

**Teléfono:** (2) 2235 0562

**Fecha:** Jueves 28 de Abril del 2016

**¿Qué se hizo?:** Se asistió al centro de forma presencial.

**¿Qué se preguntó?:**

- Existencia de material Psicoeducativo sobre TAB de forma impresa o digital.

- Dónde poder encontrarlo si no hay existencias.

La secretaria menciona que solo hay información en internet que no es del hospital. La información, está al “libre albedrío” por internet. El hospital posee una biblioteca para médicos y estudiantes de forma liberada para consulta y uso en sala, aunque no existe nada parecido a material Psicoeducativo sobre trastorno afectivo bipolar al visitar dicha biblioteca. Los libros presentes de las distintas áreas son técnico-científicos. Algunas respuestas haladas durante la visita son:



Comuna Providencia  
Superficie Total: 14,4 km<sup>2</sup>

#### Frases:

Secretario de sección informaciones del hospital 1er nivel:

“no se que serán esas guías, pero vaya a la parte final del hospital donde esta la parte de neurología y psiquiatría y hable con las señoras de ahí, en una de esas pillas algo pero no he escuchado nada que pueda servirle”.

Funcionaria administrativa de Sección de Psiquiatría y Neurología Luis Calvo Mackenna:

“no, no tenemos nada aquí, no sé que está buscando, nosotros no tenemos nada de material”; “Mijita, no hay información acá, guías no hay, busque en internet”.

## 2) Policlínico de Salud Mental del Hospital El Salvador



**DIR** Av. Salvador 364, Santiago, Providencia

**DÍA** Lunes 2 de Mayo del 2016

**X** No hay material psicoeducativo

**?** Desconocimiento evidente de personal

**📖** No se conocen guías

### 2) Policlínico de Salud Mental del Hospital El Salvador

**Dirección:** Av. Salvador #364, Providencia, Santiago, Región Metropolitana

**Teléfono:** (2) 25754000

**Fecha:** Lunes 2 de Mayo del 2016

**¿Qué se hizo?:** Se asistió al centro de forma presencial.

**¿Qué se preguntó?:**

- Existencia de material Psicoeducativo sobre TAB de forma impresa o digital.

- Dónde poder encontrarlo si no hay existencias.

Al asistir al centro, se encontró que no hay material Psicoeducativo sobre TAB.

Administración, secretariado ni especialistas están informados sobre guías psicoeducativas de TAB, solo mencionan que cada uno vela por sus propias herramientas.



Comuna Providencia  
Superficie Total: 14,4 km<sup>2</sup>

#### Frases:

Secretaria de reembolso de boletas del Policlínico:

“Señorita lamento decirle que no tenemos nada que se le parezca a lo que me cuenta que está buscando, por lo menos acá en el centro no he visto guías en papel...”

#### Psiquiatras Policlínico:

“Señorita no sé de qué guías me habla, pregunte en informaciones por ahí, la casilla donde está la señorita atendiendo la fila”

“No joven, acá no trabajamos con el librito de enfermedad bipolar que me dice, no hay acá por lo menos”

### 3) COSAM PROVISAM



**DIR** Manuel Montt 2051, Providencia, Santiago

**DÍA** Lunes 23 de Mayo del 2016

**✓** PROVISAM presenta material informativo "virtual"

**@** Recomendación de buscar en internet

**♀** Secretarias dan información inicial



Comuna Providencia  
Superficie Total: 14,4 km<sup>2</sup>

### 3) COSAM (Consultorio de Salud Mental) PROVISAM

**Dirección:** Manuel Montt #2051, Providencia, Santiago, Región Metropolitana

**Teléfono:** (2) 3414150

**Fecha:** Lunes 23 de Mayo del 2016

**¿Qué se hizo?:** Se asistió al centro de forma presencial.

**¿Qué se preguntó?:**

- Existencia de material Psicoeducativo sobre TAB de forma impresa o digital.
- Dónde poder encontrarlo si no

hay existencias.

Se preguntó si existían guías o material. La secretaria menciona que hace tiempo que no había material actualizado sobre guías de TAB o salud mental, pero dice que PROVISAM distribuyó un pequeño panfleto impreso hacía mucho tiempo. Al preguntar por éste panfleto, la secretaria dice que no posee ninguno y en búsqueda de algún link web dice que busque en internet.

#### Frases:

Secretaria recepción PROVISAM:

"teníamos antes unos folletos sobre trastorno bipolar, fue hace mucho eso sí, no nos queda ninguno eso sí, no tengo nada para pasarle"

"no creo que nos lleguen más folletos, y no sé si hay mucha información en

internet, métase ahí mejor"

"No sé la verdad, busque en internet y demás que le aparece algo que le sirva acá no tenemos nada"

"mire le doy el número de la asistente social quizás ella la pueda guiar un poquito, de ella puede sacar mucha más información, se llama Carolina"

## 4) COSAM RECOLETA



**DIR** La Colonia 2338,  
Recoleta, Santiago

**DÍA** Miércoles 25 de Mayo  
del 2016

**X** No hay material  
psicoeducativo

**@** Recomendación  
de buscar en  
internet

**♀** Secretarias dan  
información  
inicial

#### 4) COSAM (Consultorio de Salud Mental) Recoleta:

**Dirección:** La Colonia #2338, Recoleta, Santiago, Región Metropolitana

**Teléfono:** (2) 5751350

**Fecha:** Miércoles 25 de Mayo del 2016

**¿Qué se hizo?:** Se asistió al centro de forma presencial.

**¿Qué se preguntó?:**

- Existencia de material Psicoeducativo sobre TAB de forma impresa o digital.
- Dónde poder encontrarlo si no hay existencias.

En el COSAM de Recoleta recalcaron 3 veces que no existía material Psicoeducativo o guías disponible, dijeron que nunca habían tenido material y que quizás la directora del centro podría dar información y algún impreso sobre enfermedades mentales. Luego de esperar a su llegada, la directora del

centro mencionó que el centro no tenía nada sobre TAB o material preventivo y al preguntar sobre información del centro y enfermedades dijo que tenían panfletos (pero solo con información del COSAM Recoleta, pero que estaban en archivos digitales y NO se podían compartir por estatuto interno y confidencial.

Recomendaron buscar información en la página web del centro pero ésta no da ninguna información sobre la enfermedad ni material Psicoeducativo. (<http://www.recoleta.cl/centro-comunitario-de-salud-mental-cosam/>)

**Frases:**

Secretaria recepción informaciones COSAM Recoleta:

*"No tenemos nada de panfletos acá, tendría que esperar a la coordinadora porque ella podría tener*



*material del centro...en una de esas pilla algo con ella"*

*"El centro no tiene nada como ya le dije, pero cada médico tiene su propio material que lo hace el mismo a su pinta, busque en Internet no más, es más fácil"*

Directora del centro COSAM Recoleta:

*"Información sobre la enfermedad que me comenta no tenemos nada, nunca hemos tenido panfletos como*

*los que me comenta...y material para esa enfermedad no tenemos y nunca hemos tenido"*

*"... Del centro habían dípticos, los tuvimos en una feria y se acabaron, pero no queda ninguno, ya no hay dípticos disponibles sobre el centro, no le podría compartir el archivo porque es de uso interno, pero la información del centro esta en la página de municipalidad de recoleta, en salud, métase a la página web y es menos que los dípticos pero algo le servirá si busca bien..."*



## 5) COSAM PUENTE ALTO



**DIR** Tocornal 152,  
Puente Alto, Santiago

**DÍA** Jueves 26 de mayo  
del 2016

**X** No hay material psicoeducativo

### 5) COSAM (Consultorio de Salud Mental) Puente Alto:

**Dirección:** Tocornal #152, Puente Alto, Santiago, Región Metropolitana

**Teléfono:** No mencionado

**Fecha:** Jueves 26 de Mayo del 2016

**¿Qué se hizo?:** Se asistió al centro de forma presencial y luego se contacta por teléfono.

#### **¿Qué se preguntó?:**

- Existencia de material Psicoeducativo sobre TAB de forma impresa o digital.
- Dónde poder encontrarlo si no hay existencias

No se encontró material psicoeducativo ni guías en el centro.

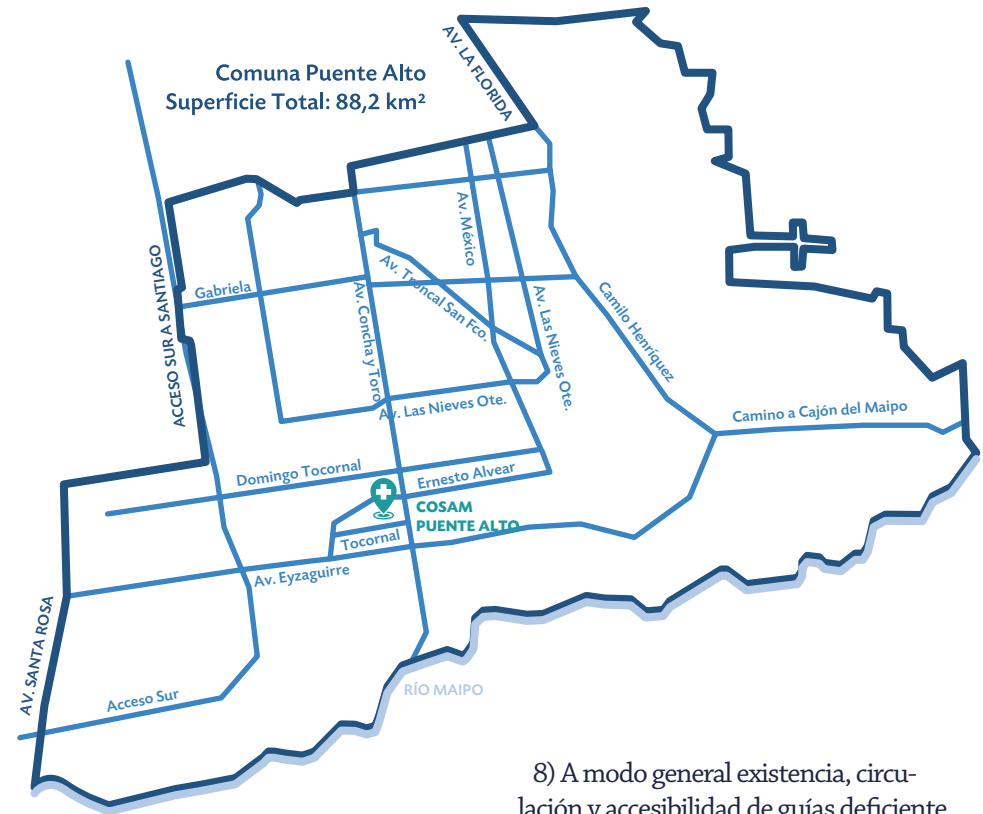
#### **Frases:**

“no hay nada de material señorita sobre lo que me pregunta de enfermedad bipolar o folletos o guías de eso”

### Conclusiones y Tendencias:

Se establece después de las visitas algunas conclusiones como:

- 1) Ninguno de los establecimientos visitados cuenta con material Psicoeducativo sobre Trastorno Afectivo Bipolar actualizado o en existencia accesible.
- 2) En 2 de los 5 casos de estudio se presenta a algunos psiquiatras como artífices de su propia información psicoeducativa o material para compartirlo con sus pacientes.
- 3) PROVISAM hasta el momento es el único centro que mostró ligeros indicios de material informativo sobre la enfermedad aunque no fueron otorgados por ser entregados hace bastante tiempo.



8) A modo general existencia, circulación y accesibilidad de guías deficiente.

Luego de la visita a los 5 establecimientos de salud de forma preliminar, al ver que no existía material psicoeducativo y que todas las respuestas eran negativas, se decidió complementar con la información de los especialistas que habían sido entrevistados inicialmente concluyendo la etapa de investigación “en terreno” sobre la existencia de material psicoeducativo para TAB y pasando al análisis de guías encontradas por cuenta propia a partir de bibliografía consultada y recabada.

### ETAPA III: ANÁLISIS GRÁFICO COMPARATIVO SOBRE MATERIAL PSICOEDUCATIVO CHILENO E INTERNACIONAL

Considerando el caso de Chile como un país que no posee un desarrollo completo de material psicoeducativo sobre TAB en forma de guías impresas o digitales, se decidió realizar un análisis comparativo de estudio con el fin de establecer comparaciones y observaciones de patrones visuales en diagramación, disposición de la información, legibilidad de texto y uso de imágenes.

Para este fin fueron elegidas 4 guías existentes sobre TAB en nuestro país y 4 guías extranjeras con el objetivo de establecer conclusiones sobre parámetros útiles para entregar de

mejor forma la información.

Se buscaron y luego compararon entre ellas características comunes para ver como lograr la cercanía necesaria para establecer un vínculo informativo con el paciente bipolar y sus familiares y amigos de forma fluida.

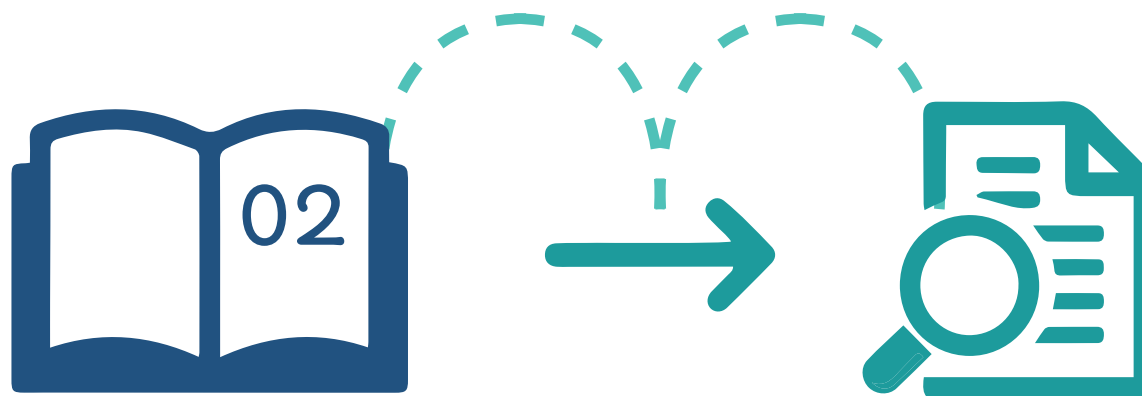
A continuación se mencionan las guías estudiadas con una breve

descripción y luego se mencionan la guía chilena y la guía española con mejor disposición visual a nivel de elementos. Estos elementos son imágenes explicativas, legibilidad de la tipografía, uso de diagramación simple, uso de ilustración o fotografías, y tablas estadísticas simples. Se explican al final una descripción de los logros y las conclusiones finales posteriormente

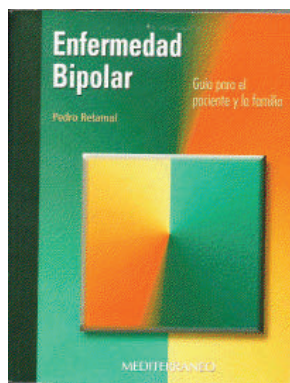
consideradas en el desarrollo del proyecto. Las guías se mencionan a continuación.

#### **PARTE I: Guías de material Psicoeducativo actual chileno sobre TAB existente entre los años 2007-2015:**

Las guías de psicoeducación fueron 4 y son descritas a continuación:



## Guías Chilenas ¿ESTADO ACTUAL?



### 1) Enfermedad bipolar: Guía para el paciente y la familia (Pedro Retamal, 2001)

La información se plantea por medio de ejes informativos. Los más destacables son la comprensión y explicación de las características fisiológicas y generales de TAB y algunas de sus consecuencias. Otro eje es el diagnóstico y como este a nivel farmacológico se relaciona con el litio, estabilizadores del ánimo, y por último el tercer eje está relacionado con la psicoterapia, el rol de la familia en el desarrollo de la enfermedad del paciente y por último temas de prevención asociados a la enfermedad. Se presenta como guía de autoedición en formato impreso.

El libro presenta información extensa, en donde no hay uso de dibujos, diagramas o diseño de información visual, lo cual genera un de lejanía con el lector.



### 2) Guía para pacientes y familiares “Conociendo el Trastorno Bipolar” (Ministerio de salud, 2014)

La guía se centra en la cercanía con la familia y el propio paciente, utilizando una diagramación simple que permite una lectura fluida, sectorizada y que utiliza el recurso del color de fondo.

En ella se explican los conceptos clave de la bipolaridad de una forma sencilla y acotada, hay uso de diagramas, imágenes cercanas, tipografía legible. Incorpora también vivencias personales de pacientes y familiares.

Se enfoca de forma importante en factores preventivos de la enfermedad, considerando información técnico-científica acotada.



### 3) Guía clínica Trastorno bipolar en personas AUGE: En Personas de 15 Años y Más (Serie de guías clínicas MINSAL, 2013)

La guía presenta una gran extensión de páginas centrándose en temáticas asociadas a la descripción de síntomas y farmacología que están jerarquizadas y ordenadas por capítulos. Visualmente el recurso de color y uso de imágenes es casi nulo y utiliza diagramas simples, uso de tablas y el recurso del color es escaso.

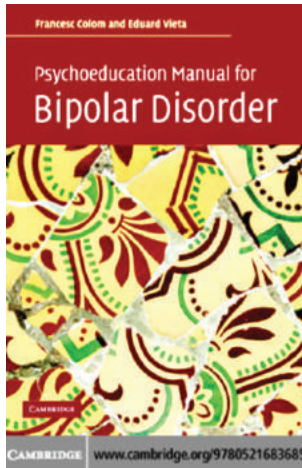


### 4) Bipolares: ¿Apocados u Optimistas? (Susana Rodríguez, Autoedición, 2007)

El libro de Susana Rodríguez es una iniciativa patrocinada por el servicio de Psiquiatría del Hospital del Salvador el cuál consolidó la impresión de solo 1000 ejemplares el año 2007. Este libro cuenta principalmente con una visión de cercanía al lector por medio de la experiencia, la poesía, y vivencias personales. Se observa un contenido narrativo que genera lazos de sentido con la persona que lo lee.

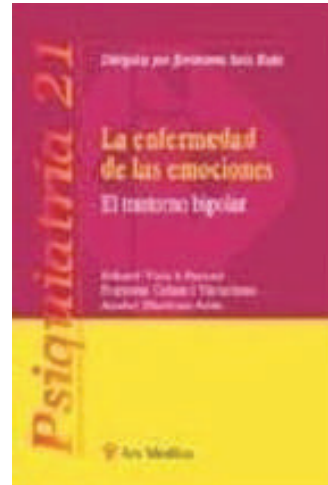
La cercanía de las imágenes de portada otorgan al libro el recurso de color y un factor estético que hace más atractiva a modo visual. Presenta problemas en temas de legibilidad tipográfica y el uso de márgenes interiores.

**PARTE II:**  
**Guías de material Psicoeducativo internacional sobre TAB existente entre los años 2004-2008:**



**1) Psychoeducation Manual for Bipolar Disorder (Francesc Colom y Eduard Vieta, 2006)**

Esta guía abarca de forma completa conceptos técnico-científicos que son adaptados medianamente a un lenguaje no técnico, adaptando también el uso de glosario de conceptos asociados a la enfermedad. La guía no posee imágenes o ilustraciones e incorpora jerarquización por títulos e incorpora pequeños diagramas simples. El recurso del color interior es nulo y el índice es un elemento vital para encontrar contenidos.



**2) La enfermedad de las emociones (Francesc Colom y Eduard Vieta, 2004)**

En esta guía de formato impreso, se observa aquí el uso de información “a prueba de inexpertos”, y que está enfocada en la familia y paciente. La información es sencilla y aborda temas que privilegian la comprensión y prevención de recaídas.

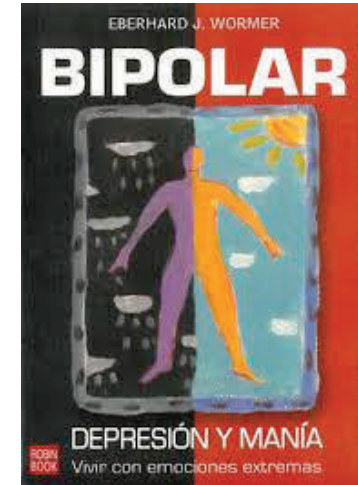
Esta guía presenta algunos diagramas, posee textos cortos y hay jerarquía entre títulos y subtítulos. La tipografía es legible y esta es la única guía que presenta preguntas frecuentes la cual importante para familiares del paciente con bipolaridad.



**3) De la Euforia a la Tristeza (Francesc Colom y Eduard Vieta, 2008)**

Este libro en formato impreso presenta información de forma completa sobre la enfermedad, es cercana y “a prueba de inexpertos”, y se enfoca en la familia.

Su interior posee el uso de muchas imágenes y diagramas para contextualizar los temas, la diagramación es en bloque y posee 3 tipografías que dialogan correctamente para establecer la lectura.



**4) BIPOLAR - Depresión y Manía: Vivir con Emociones Extremas (Eberhard J. Wormer, 2004)**

Esta guía es cercana y efectiva para dar información al paciente y a sus familiares por desarrollar contenidos visuales, el uso de tablillas, ilustraciones, fotografías y diagramas haciéndola una guía atractiva. La información es completa, posee un lenguaje simple, explicación de lenguaje técnico y científico para “inexpertos”.

**PARTE III:  
Comparación de 2 Referentes y  
Conclusiones**

Si bien a modo de conclusión la mayoría de las guías presentan un factor más técnico-científico que emocional y cercano y el uso del diagrama, se observa una tendencia a no integrar el uso ni el de la ilustración descriptiva.

Luego del estudio las guías que presentaron una mayor cantidad de observaciones positivas al ser más visuales, informativas y ordenadas fueron en el caso de Chile la Guía para pacientes y familiares “Conociendo el Trastorno Bipolar” hecha por el Ministerio de Salud y “De la euforia a

la tristeza” llevada a cabo por los especialistas Francesc Colom y Eduard Vieta en el caso internacional.

Éstas presentaron la mayor cantidad de atributos positivos como tipografía legible, portada pregnante visualmente, utilización de imágenes ó ilustraciones, uso de fotografías, presencia de índice, uso adecuado de títulos y subtítulos, jerarquización de la información por capítulos, diagramas explicativos, tablas descriptivas y el uso de Glosario de abreviaturas y siglas explicativas.



Tipografía Legible y de fácil lectura



Presencia de Interlineado Adecuado



Presencia de Numeración



Presencia de Texto Denso y Concentrado por página



Presencia de Ilustraciones Técnicas



Presencia de información complementaria y de referencia



Presencia de Iconografía y Vectores



Diseño Gráfica Global Atractiva



Presencia de Ilustraciones Técnicas



Presencia de Fotografías



Presencia de Ilustraciones Lúdicas



Tipografía Legible de fácil lectura



Presencia de Estadísticas y datos cuantificables



Presencia de Numeración



Presencia de Índice



Presencia de información complementaria y de referencia



Presencia de glosario de abreviaturas y siglas explicativas



Presencia de negritas para palabras claves o jerarquización de la información

#### ETAPA IV: ANÁLISIS DE CHARLAS PSICO- EDUCATIVAS

Actualmente en Chile se realizan charlas sobre Psicoeducación, las cuales se tomaron como objeto de estudio para la investigación preliminar como una forma de acercamiento empírico a pacientes y familiares.

El ingreso a estas charlas grupales guiadas en sus comienzos y que son realizadas por la terapeuta Susana Rodríguez, presentó un hallazgo y proceso de inmersión que se efectuó con delicadeza y comprensión, ya que el acceso a estas charlas es selectivo y difícil acceso por considerarse un medio hermético, íntimo, confidencial y que protege la identidad psicológica de cada paciente que expone

su experiencia y vivencias personales. Las charlas son realizadas por la guía de Susana Rodríguez que posee una basta experiencia en el manejo del trastorno. Ella ha sido instruída por el doctor Pedro Retamal para otorgar información a los pacientes. Ella se ha dedicado por más de 20 años a dictar estas charlas, en donde pacientes bipolares y familiares se reúnen y obtienen apoyo e información durante el proceso de diagnóstico tardío, tratamiento y aceptación de la enfermedad. El ingreso a las dos charlas analizadas fue llevado a cabo gracias a la ayuda de Susana Rodríguez que permitió su ingreso con un objetivo explorativo.

Éste análisis busca retratar por medio de la metodología de observación in situ las características de estas charlas psicoeducativas a modo descriptivo desprendiendo sus interacciones críticas y temáticas asociadas. A continuación se introducirá las charlas.

##### **Etapa I: Descripción de las Charlas**

Las charlas psicoeducativas son realizadas en el policlínico de salud mental del Hospital Salvador todos los lunes en el horario de 2pm a 4pm. En éstas se exponen a modo de conversación grupal temáticas y vivencias de pacientes bipolares y son moderadas por Susana Rodríguez. El

grupo es conformado por pacientes que han sido diagnosticados y que se encuentran en etapa primeriza y etapa avanzada. No todos asisten regularmente y algunos pacientes se conocen entre sí y han establecido en lazos afectivos entre ellos. Varios de estos pacientes buscan información, un lugar de “refugio emocional”, diálogo, empatía y pertenencia.

Como el proceso de aceptación y asimilación de la enfermedad para los pacientes en comienzo es difícil, y las temáticas tratadas son confidenciales, el ambiente de la charla es protegido. En ellas se generan círculos de confianza y privacidad de la identidad.



Afuera de Sala de Charlas Psicoeducativas de Hospital El Salvador.

Éstas charlas por ende son de difícil acceso por alguien que no posee la enfermedad, por lo cual se vuelve un campo de estudio bastante hermético y con el cual se debe ser cuidadoso al ingresar y recabar información. La exposición de la privacidad de cada paciente se desarrolla por medio de conversaciones entorno distintas temáticas, las cuales son complejas a nivel emocional, y general que al ser comprendidas se genere un lazo íntimo de conexión y protección psicológica. Algunas de las temáticas más recurrentes son hijo de crisis, dominio de emociones negativas, el suicidio, negación de la enfermedad, discriminación incomprensión social,

dudas con el tratamiento farmacológico etc. Muchas de estas temáticas son abarcadas por Susana desde su propia experiencia convirtiéndola en una guía informativa para los nuevos pacientes que se integran a las charlas. Durante la primera etapa acercamiento a la descripción, se lograron levantar conceptos necesarios para comprender y ser usados en el análisis de las charlas que se presentan a continuación los cuales son:

**a) “Paciente primerizo”:** Paciente en la etapa inicial de síntomas de la enfermedad que no es consciente del inicio de síntomas.

**b) “Familiar primerizo”:** Familiar

del paciente primerizo que cumple el rol de protección afectiva e informativa para sobrellevar la enfermedad.

**c) “Etapa primeriza”:** Etapa en que el paciente con trastorno bipolar empieza a manifestar síntomas de forma leve sin tener conocimiento que posee la enfermedad ó se encuentra en una etapa inicial del descubrimiento y diagnóstico de la enfermedad.

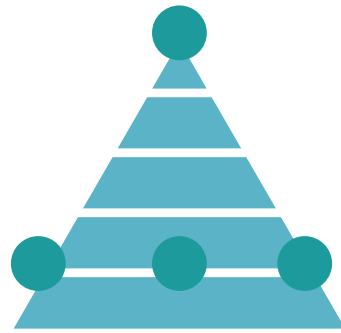
**d) “Etapa avanzada”:** Etapa en donde el paciente ya ha pasado por la etapa primeriza aceptando la enfermedad. En esta etapa el paciente ya ha sido diagnóstico y presenta un tratamiento farmacológico que lleva

de forma constante.

**e) “Paciente avanzado”:** Es un paciente que ya ha asistido a las charlas, posee un conocimiento más completo de la enfermedad, sus síntomas y tratamiento farmacológico.

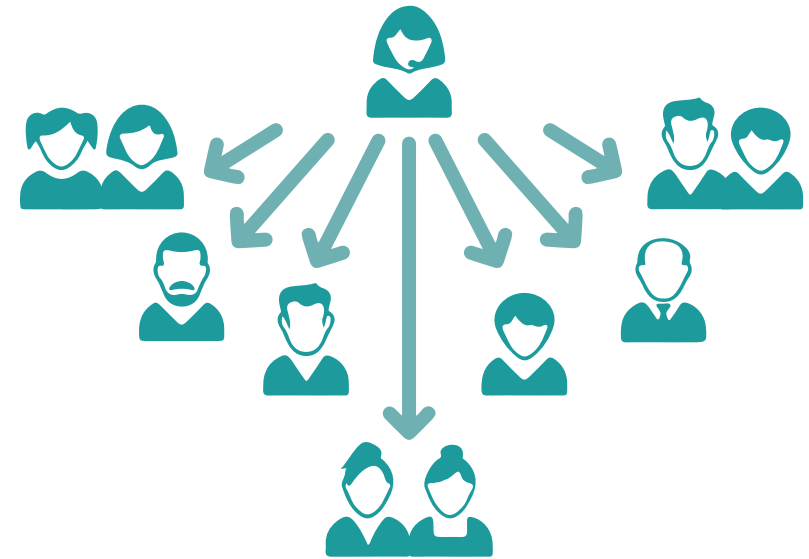
**f) “Contención informativa”:** La información bien entregada por medio de material psicoeducativo oral o escrito entrega tranquilidad a los familiares y pacientes primerizos.

**g) “Vivencias Confidenciales”:** Se refiere a vivencias personales e íntimas que no deben ser expuestas en el exterior de la charla.



## CHARLA ASIMÉTRICA

Información más técnica y hay agentes que no manejan el tema



Unidireccional con múltiples focos

### Etapa II: Análisis de Charlas

El análisis y recopilación de datos fue realizado a partir de dos charlas a las que se tuvo acceso durante el mes de mayo del año 2016. Ambas charlas se desarrollaron por medio de la conversación grupal y disponen de elementos de análisis comparables. Las dos charlas estudiadas son expuestas a continuación.

#### 1) Descripción y análisis de charla 1: (Lunes 16 de mayo del 2016)

La charla tuvo una duración aproximada de dos horas el día 16 de mayo del 2016 en el Policlínico de Salud Mental del Hospital Salvador. En esta charla no se dejaron

tomar ni fotografías ni establecer un registro de audio sobre ella ya que el ambiente es muy íntimo, y se presenta un círculo de confianza entre los que asisten.

Se realizó en un ambiente de conversación grupal con una mayor can-

tividad de agentes y generó un diálogo de tipo asimétrico, a continuación se abordan sus características de forma sintética, también se adjuntan nombres ficticios para proteger la identidad de los pacientes y se adjuntan las edades reales recabadas.



### a) Agentes Charla 1:

Los agentes presentados fueron:



Monitora  
Susana Rodríguez



Paciente avanzado  
joven a favor  
tratamiento  
farmacológico  
Camilo y Celia



Paciente avanzado  
adulto a favor  
tratamiento  
farmacológico  
Nancy y Julieta



Paciente avanzado  
mayor con factor  
experiencial positivo  
Roberto

#### 1) Mediadora:

Susana Rodríguez: Paciente bipolar I atendida por el doctor Pedro Retamal. Es guía y mediadora durante el transcurso de la charla. Al inicio se presenta con la idea sobre su propia experiencia de estableciendo “asimetría informativa”. Susana realiza acciones informativas y de contención emocional como calmar a los pacientes, otorgar información básica, y proteger a los pacientes y familiares primerizos de comentarios inadecuados de terceras personas a los en torno a temas centrales y delicados de las charlas.

#### b) Pacientes avanzados con experiencia positiva con medicamentos:

Dentro de la charla se consideró a pacientes con la enfermedad los cuales fueron focos de información sobre la enfermedad y sus síntomas de forma. Este tipo de agente es relevante para generar conciencia y formas de reaccionar ante diversos síntomas de la enfermedad especialmente en las recaídas. También se centran en el uso de medicamentos y en como el cuerpo va equilibrándose por medio del uso.

Aquí entran en la charla como pacientes Celia con 30 años de edad, Camilo de 22 años, Nancy de 45 años,

Julieta de 34 años y Roberto de 80 años como pacientes avanzados. La única paciente extranjera es Julieta que es de Perú y lleva viviendo 15 años en Chile por trabajo.

#### **Frases rescatadas:**

“...Mi primera crisis me dió en Moscú, me tocó sola, yo soy de Perú, pero he pasado más tiempo en distintos países que en Perú o en Chile y las crisis son terribles, y el no poder acudir a nadie es un riesgo importante, ya no sabes qué hacer, es terrible...”

“...Había pasado por distintas partes, y por bendición me diagnosticaron la

enfermedad aquí en Chile, al diagnosticarme la enfermedad me dijeron que debía tomar varios medicamentos, me costó asumirlo en un comienzo, pero cuando empecé a sentirme mejor me di cuenta que era necesario...”

“...Yo considero que los medicamentos me estabilizaron, me curaron esta pena, y creo que necesario tomarlos aunque no pase por un proceso fácil, andaba dopada todo el día en una época, pasé de tomar ocho a uno, creo que es muy importante también aparte de los medicamentos contar con un buen especialista, yo a mi psiquiatra no lo cambio por nada...”



Paciente primerizo  
desinformado  
María Paz

*c) Paciente primerizo:*

El paciente es llevado a la charla por su familia preocupado, tanto el como su familiar desean tener respuestas para poder afrontar la enfermedad y la situación actual.

El paciente presenta angustia, tristeza, desesperanza, por el deterioro de su desarrollo social y su relación con su familia, círculo de amigos, y entorno. Son focos de desinformación y asimilación de información que necesitan ser informados y que buscan las herramientas para poder informarse. Son el foco más vulnerable de la charla ya que están más condicionados por la emocionalidad que representa el exponerse ante extraños aparentemente conocedores del tema, los cuales le brindan una faceta de empatía y comprensión que ellos no esperaban el inicio de la charla.

Aquí entra en escena María Paz con 22 años de edad.

**Frases rescatadas:**

*“...He llegado a un nivel tan profundo y negativo, que ya no me reconozco a mi misma...”*

*“Tengo miedo de que esa esperanza me mate”*

*“Siento que para mí no hay un lugar en el mundo”*

*“La angustia y la pena no se escapan de mí, no sé qué hacer”*



Familiar del paciente  
primerizo ávido de  
información  
Sra. Angélica

*d) Familiar primerizo:*

El familiar primerizo es un receptor de información, y llega a estas charlas ávido de información y buscando respuestas para ayudar a su paciente. Esconde sus emociones y tiene vergüenza de contar su experiencia en público como familiar o que su paciente exponga detalles de su vida privada en comienzo.

Al lograr contar su historia cuenta la parte negativa de ésta, decepción por diagnóstico tardío, malos especialistas, malos tratamientos y cuestiona su rol familiar con respecto al paciente.

Al buscar respuestas y obtenerlas se torna más emocional, muestra indicios de pertenencia y se siente comprendido y tranquilo al escuchar las experiencias.

Angélica con 42 años de edad.

**Frases rescatadas:**

*“Hemos llevado esta enfermedad como familia, y ha sido muy difícil, ya que no sabemos qué le pasa a María José, le han hecho mal todos los medicamentos, y nos han tocado muchos especialistas en 12 años, muchos han sido malos y deshumanizados, estoy decepcionada del tratamiento”*

*“Lo más duro para una madre es escuchar que tu hija no tiene suficiente plata para poder comprarse una pistola y pegarse un tiro, como mamá es terrible también escuchar que tiene miedo de lanzarse al metro por miedo de ensuciar la ropa de las personas que pasan alrededor”*

Aquí entra en escena la señora



Paciente en contra  
tratamiento  
farmacológico  
Martín

e) *Paciente avanzado con experiencia negativa con medicamentos:*

Este arquetipo está en contra del uso de medicamentos, y que posiblemente ha pasado por un proceso difícil de internación, ha sido prueba de distintos medicamentos por distintos médicos, y que ha obtenido mejores resultado por medio de terapias alternativas y una evolución espiritual relacionada con Dios.

Este al defender una postura negativa hacia la toma de medicamentos plantea un tema delicado convirtiéndose en un foco de “desinformación” o un foco informativo “de cambio de postura” que llega a ser agresivo para los demás pacientes que defienden el uso de fármacos para controlar la enfermedad.

El exponer esta información de forma tan repentina en una charla genera interrogantes en el familiar y paciente primerizos. Y cuestiona la “autoridad”

de la mediadora generando conflicto y tensionando el círculo de contención.

Se convierten en un foco de desinformación, o de cambio de postura hacia Antisiquiatría, lo cual puede ser negativo a nivel farmacológico para el paciente primerizo. Este rol puede condicionar el comportamiento futuro de pacientes y familiares primerizos generando un incremento o un empeoramiento de los síntomas de la enfermedad lo cual agrava el problema inicial.

Aquí entra en escena el papel de Martín con aproximadamente 38 años de edad, que es un técnico paramédico del Hospital el Salvador.

**Frases rescatadas:**

*“Han probado conmigo los medicamentos habido y por haber, me han internado durante 10 años considerando*

*que no era necesario, en el momento en que me acerque a Dios y a distintas terapias debo decir que ya no necesito medicamentos, de hecho es innecesario y te envenena”*

*“Yo considero que Dios es más importante que los medicamentos, acercarse a él es la solución”*



Agente externo  
Francisca Moreno

f) *Agente externo:*

Personas ajenas a la charla que no son presentadas debidamente son focos de tensión al inicio por quebrar el hermetismo generado por los pacientes. El ser presentado por Susana otorga seriedad y un Foco informativo para hablar de psicoeducación avalada por especialistas, lo cual aporta al Familiar Primerizo y paciente primerizo que están desinformado y ávido de información. Se plantea un uso de información más dura estudiada, la cual es un calmante especialmente para el familiar primerizo que no entiende que sucede ni cómo se manifiestan la enfermedad a nivel neuroquímico.

Entro en escena con papel investigativo.

*\*La intervención como agente que se incorpora a la charla se realizó de la forma menos invasiva. En otros casos puede ser negativo ó positivo dependiendo del contexto.*

**b) Cronología de la Charla y flujos informativos:**

A continuación se plantea de manera sintética y descriptiva, los eventos observados en la charla 1 del estudio cualitativo para luego introducir a las interacciones críticas rescatadas.



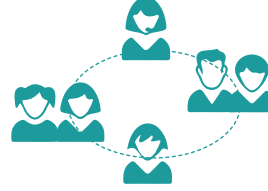
**1) Llegada:** La primera impronta fue una sorpresa incómoda, ya que las personas con bipolaridad son muy sensibles y el recibirme fríamente, note incomodidad al comienzo.



**2) Disposición espacial:** Al inicio de la charla los pacientes fueron llegando lentamente eligiendo sus asientos acorde a preferencia.



**3) Inicio de diálogo:** Susana inició la charla hablando de su experiencia e insta a los pacientes a hablar de su historia personal y su relación con la enfermedad por orden.



**4) Conexión emocional:** La mayoría de los pacientes no se conocían entre sí pero a los pocos minutos establecieron lazos de confianza. Se comprueba la hipótesis de que las personas con bipolaridad poseen un nivel de sensibilidad, empatía, y emocionalidad que hace que se conecten de inmediato entre ellos.



**5) Anécdota personal:** Julieta plantea su historia y sus primeras crisis y Nancy da sus opiniones a la par con Erika.



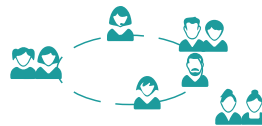
**6) Nuevo Ingreso:** Ingresó un hombre llamado Martín a la sala que no es paciente bipolar pero ha pasado experiencias semejantes, es integrado a la charla por Susana.



**7) Experiencia personal:** Nancy luego cuenta su historia y habla temas como los medicamentos, contención familiar, y experiencia positiva al ser paciente del doctor Pedro Retamal.



**8) Nuevo Ingreso:** Se incorporan a la charla de forma tímida y miedosa a madre y su hija que buscan a Susana para incorporarse a la charla.



**9) Lejanía espacial:** Madre Angélica e hija María Paz se sientan en un lugar apartado de la sala de forma defensiva.



**10) Empatía:** Nancy continúa y se dirige a la madre y su hija de forma emocional.



**11) Vulnerabilidad:** La madre comenta que la niña había sido recientemente diagnosticada con trastorno bipolar y se encontraba en una fase avanzada de la enfermedad sin tener idea de tratamiento óptimo ya que había pasado por distintos especialistas desde los 12 años sin buenos resultados. Ambas se sienten vulnerables.



**12) Certeza:** Nancy avanza al contar su historia y le dice a la madre e hija que el tratamiento tiene buenos resultados y si se trata con un buen especialista se tienen buenos resultados.

**13) Medicamentos:**

Nancy termina y se pasa a la historia de Camilo, un joven con bipolaridad que cuenta sus experiencias. Le recalca la madre lo importante que es el uso de medicamentos.

**14) Emoción liberada:**

La madre se emociona de forma positiva y llora después de contar la historia de su hija con tratamientos sin resultados y malos especialistas.



**15) Interrupción:** Martín hace su aparición e interrumpe sutilmente. Habla de su experiencia como paciente esquizofrénico, las pruebas de medicamentos y las internaciones. Dice que la sanación viene de Dios y las terapias alternativas. Dice que los medicamentos no sirven y no vale la pena tomarlos ya que son una especie de veneno.



**16) Tensión:** Susana se coloca a la defensiva por la postura de Martín. Recalca que la experiencia para todos no es la misma y que debería abandonar la sala por su irresponsable accionar.



**17) Duda:** Se genera tensión. La madre y la hija no saben que postura tomar.

**18) Apoyo defensivo:**

Camilo apoya a Susana y Martín sale ofendido de la sala. Los otros pacientes están en tensión por la reacción de Martín.

**19) Ejemplificación**

**básica:** Susana se convierte en foco de atención y explica la importancia del tratamiento a la madre y a su hija. Busca calmar a la madre con información sobre como funcionan los medicamentos en el cerebro.

**20) Desahogo:**

La madre y su hija explican la situación con especialistas y su experiencia personal. Susana al calmarla hace que la madre lllore y se sienta comprendida.



**21) Salida:** Luego Nancy y Julieta deben de marcharse por trabajo. Nancy anota en un papel su número telefónico y se lo pasa la madre quien agradecida recibe el teléfono en aquel papel para establecer contacto. Ella y Julieta se despiden.



**22) Experiencia:** Al despedirse, otra paciente llamada Celia cuenta sobre sus recaídas eufóricas, y que con las pruebas de fármacos hay que tener paciencia.



**23) Contacto:** Susana me introduce como agente invitada, y hablo del proyeco y esto genera atención focalizada. La madre me pide bibliografía y recibe mi correo.



**24) Nuevo ingreso:** Entra a la sala Roberto, el cual es un paciente de 80 años que habla de su experiencia y de que los medicamentos le han hecho la vida más tranquila. Luego de que María Paz habla nuevamente, al llorar Roberto le da la mano y la hace reír.

**25) Contención afectiva:**

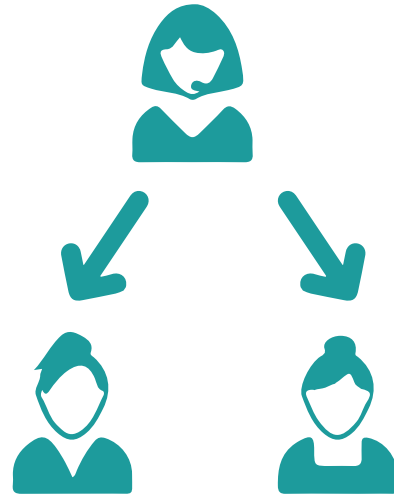
Susana luego ve que la niña llora, se le acerca y le da un abrazo amable.

**26) Conexión digital:**

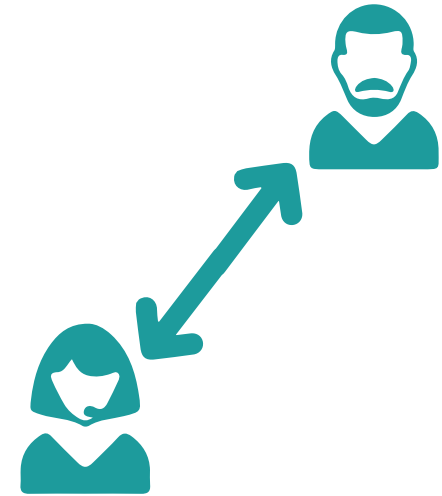
Al cerrar la charla Susana agradece la asistencia y le pide a la madre y a su hija Whatsapp para estar en contacto. Todos se despiden y nos retiramos.

**27) Sorpresa y curiosidad:**

Luego al finalizar Celia y Camilo se muestran curiosos por el proyecto, conversamos y mencionan que podrían ayudar aunque no lo comprenden del todo.



**a) Bidireccional cíclico con 3 agentes:** Se genera conversación grupal y diálogo asimétrico.



**b) Bidireccional con dos agentes:** Se interactúan generando asimilación y retroalimentación de contenidos.

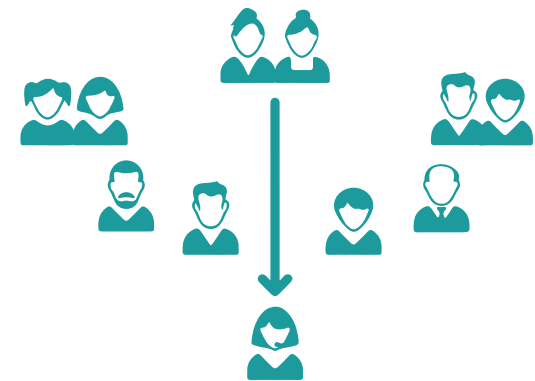
Las temáticas vistas dentro del desarrollo de la charla fueron autocuidado y prevención, experiencia personal, primeras recaídas y como manejarlas, angustia, tratamiento, abandono y uso de medicamentos, rol familiar y deterioro de relaciones sociales.

También se observan las ventajas de uso de información fiable, establecer red de contactos y apoyo, asimilación de información de forma simple para paciente primerizo y familiar, contención afectiva, y protección psicológica y uso de información desordenada.

Por último los flujos informativos presentados fueron:



**c) Unidireccional con más 3 agentes:** Muchos agentes y sin orientación específica, flujo informativo desordenado.



**d) Multidireccional con un foco común de atención:** Todos escuchan y uno habla.

### c) Interacciones críticas:

A continuación se plantean las interacciones críticas del trabajo de campo realizado en esta charla:



#### 1. Anotaciones de familiar primerizo:

La charla oral generó que la madre estuviera constantemente preocupada de anotar detalles de las respuestas. Esto hizo indispensable tener un lápiz y libreta captar la información y dejar un registro de esta.



#### 2. Llegada de un agente externo:

Las charlas representan una instancia de protección para la información del paciente a nivel psicológico, estableciendo un círculo emocional y de confianza bastante hermético. El ser un agente externo desconocido en inicio, genera una ligera tensión que puede alterar el equilibrio del círculo de confianza.



#### 3. Miedo, vergüenza y timidez de Familiar y Paciente Primerizo:

El que la madre y su hija lleguen de una forma tan avergonzada y tímida a la charla se relaciona con la estigmatización social. Debido a que no existe un conocimiento del trastorno bipolar informado en la sociedad, por escasez de psicoeducación, el paciente y familiar tratan la enfermedad como un tabú con lo cual buscan esconderla. Se genera así, la necesidad de crear un clima de protección para el paciente sin exposición frente a personas externas (tal como comenta Felipe Leddermann y Fabiola Serrano, ver anexos 2 y 3).



#### 4. Opinión Antimedicación y agente de tensión:

Martín interrumpe parte de la charla planteando una postura negativa hacia tratamiento farmacológico. A nivel Psicoeducativo no es recomendable abandonar los medicamentos, ya que estos son de vital importancia para el paciente para regular el cerebro. Sergio al mostrar su opinión tan sesgada por su propia experiencia, genera una desinformación para la madre e hija que puede ser peligrosa a largo plazo, ya que condiciona sus comportamientos. Esto puede conllevar a un mal tratamiento que podría agravar la enfermedad.



#### 5. Nancy da su número telefónico a familia:

El hecho de que Nancy otorgue su número telefónico para poder establecer contacto con la paciente primeriza y su madre habla de empatía y comprensión. El que ambas partes acepten la propuesta de generar una red de apoyo habla de generar flujos de información psicoeducativa oral por medio de plataformas digitales.



#### 6. Información desordenada y otras fuentes:

La información expuesta en la charla a la madre de la paciente primeriza es entregada de forma desordenada y no lleva un hilo conductor claro.

La información se le presenta a la madre de forma "infantil". Se le plantea como funciona el cerebro de su hija, como funcionan las neuronas, y lo que hacen los medicamentos a nivel neuroquímico.

También la madre comenta que buscó en internet información y no encuentra información confiable. Internet así se convierte en un peligro para sobrellevar la enfermedad de correcta forma si no se tiene la correcta información. Se necesita información científica y contención para este familiar primerizo desinformado y ávido de información.



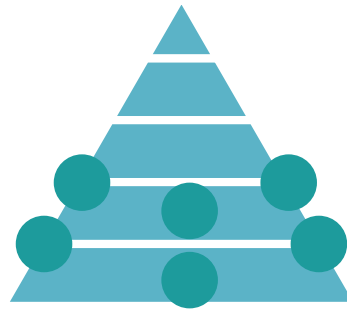
#### 7. El abrazo a la paciente por Susana:

Susana al ver a la paciente primeriza triste se acerca a darle un abrazo. Con esto genera una contención afectiva para la niña, la cual se siente comprendida y consolada. Ella menciona que comprende la enfermedad porque ya pasado lo mismo muchas veces. El factor de Psicoeducación aquí es a nivel de contención afectiva física, emocional y psicológica. La madre comprende que debe ser afectiva en situaciones como ésta.



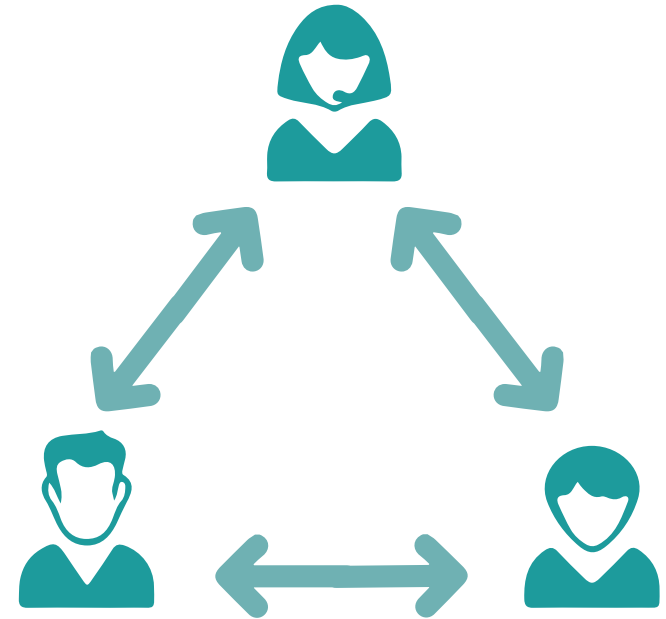
#### 5. Madre ávida de información psicoeducativa y nexo informativo:

Ya que la madre al final de la charla establece un lazo conmigo para obtener más información sobre la enfermedad de su hija, yo me comprometo a enviarle dicha información si ella muestra interés. Al enviarme un mail, decido qué guía psicoeducativa enviar y le envío la más fácil de entender a mi percepción. Esa guía como elemento es central para que la madre posea información. Con esta interacción crítica se demuestra que la intervención psicoeducativa es necesaria. Esta interacción se produce luego de la primera Charla.



## CHARLA SIMÉTRICA

Información más cercana,  
experiencial y espontánea



Bidireccional Cíclico  
con 3 Agentes

2) Descripción y análisis de charla 2 :  
(Lunes 23 de mayo del 2016)

La charla tuvo un enfoque mucho más experiencial y con un menor número de agentes. Contó con un diálogo simétrico ya que los participantes eran pacientes que se conocían entre sí.

La charla tuvo una duración de 1 hora con 15 minutos, ya que Susana Rodríguez llegó algo más tarde de lo normal. Se generó un ambiente de conversación grupal más informal generando un diálogo simétrico, a continuación se abordan sus características de forma sintética.



### a) Agentes Charla 2:

Los agentes presentados fueron:



Monitora  
Susana Rodríguez



Paciente avanzado joven a favor  
tratamiento farmacológico  
Camilo y Celia



Paciente avanzado  
mayor con factor  
experiencial positivo  
Roberto



Agente externo  
Observador  
Francisca Moreno

#### 1) Susana Rodríguez:

Ya mencionada, su función es ser moderadora de la Charla y un foco psicoeducativo dentro de la conversación grupal. Susana al preguntar opiniones establece una charla “simétrica” entre los participantes al momento de hablar temas personales, recuerdos, deseos, y miedos que son particulares de cada paciente.

#### 2) Pacientes experimentados o avanzados:

En esta charla cumplen la función de ser asimiladores de experiencia, lo cual mediante psicoeducación permite hablar de la enfermedad de una forma más empírica, experiencial y emocional más que de información “técnica”.

Todos son potenciales focos y asimiladores de información que

complementan y nutren la experiencia grupal. Cuando todos comparten se globalizan los problemas y se internalizan los recuerdos y vivencias no conocidas.

Aquí entran en escena Celia de 30 años de edad, Camilo de 22 y Roberto de 80 años.

#### 3) Agente externo:

Persona ajena a la charla. Se incorpora en esta segunda ocasión de una forma menos invasiva. En otros casos la entrada puede ser negativa o positiva dependiendo del contexto.

La charla contó con un ambiente de confianza y no fue tenso como la charla anterior.

## b) Cronología de la Charla 2 y flujos informativos:

A continuación se plantea de manera sintética y descriptiva, los eventos observados en la charla 2 del estudio cualitativo para luego introducir a las interacciones críticas rescatadas.



**1) Simpatía:** La charla aún no comienza y se genera un diálogo con Camilo y Celia. Se les explica el proyecto y se hablan experiencias personales. Hay más simpatía.



**2) Inicio tardío:** Susana llega 35 -40 minutos aproximado tarde por motivos familiares.



**3) Disposición espacial nuclear:** La disposición de asientos cambia y se genera un "núcleo" donde se me integra.



**4) Experiencia personal:** Inicio de diálogo simétrico con la presencia de Susana, Camilo y Celia.



**5) Nuevo ingreso:** La madre y su hija se presentan y saludan de forma afectuosa. Avisan que no asistirán a la charla por trámites médicos, que incluyen el tratamiento farmacológico de María Paz la cual se ve notablemente mejor.



**6) Contacto digital y salida:** La madre dice que dentro de poco establecerá contacto conmigo por mail para el material Psicoeducativo. Al irse la madre y su hija Susana pregunta opiniones y experiencias personales.



**7) Experiencia Personal:** Susana plantea temáticas como miedo, y cada uno empieza a describir miedos y recuerdos infantiles. Se generan a su vez conocimientos sobre la historia familiar de cada uno y también como los miedos se relacionan con eventos de ésta. Yo doy pocas opiniones para no interrumpir.



**8) Adicciones:** Susana comienza hablar sobre las adicciones, en especial adicción a la tecnología que genera síntomas negativos en la bipolaridad por estímulos eléctricos, estímulos visuales, generación de estrés, pérdida de horarios de sueño, y necesidad de establecer comunicaciones por medio de las redes sociales.



**9) Efecto rebote informativo:** Se me pregunta mi opinión y digo que la tecnología ha generado que las personas tengan mayores índices de depresión producto de la menor cantidad de horas de sueño para los ciclos de descanso de las personas, también menciono que ciertos factores lumínicos están relacionados con que el cerebro siga prendido al usar aparatos eléctricos. Se redirecciona la conversación con esto a las adicciones y rasgos obsesivos con la tecnología.



**10) Refuerzo positivo:** Se llega la conclusión de que la adicción negativa debe ser reemplazada por una adicción positiva, como el dedicarse a un hobby o actividad agradable que permita bajar el estrés. También se habla de la noticias actuales. Luego el tema es dispuesto por Susana hacia un enfoque positivo de la enfermedad y crecimiento interior.



**11) Ventajas de la enfermedad:** Celia y Camilo hablan de sus vivencias y sensibilidad asociadas a las artes y desarrollo creativo. Y luego hablan de que la información ha hecho que sus familias reacciones mejor a los síntomas de las recaídas y utilizar la prevención como herramienta.



**12) Cercanía:** Roberto entra a la sala y Camilo, acerca una silla para que Roberto se siente cerca de Susana y de él.



**13) Sensibilidad:**

Roberto habla de forma positiva, creativa y sensible sobre la enfermedad. Pronoia como concepto de ser positivo. Luego habla de buenos medicamentos y se hacen más comparaciones.



**14) Dar y recibir:** Se utiliza luego para finalizar la "dinámica del regalo hablado". Al final se reconoce la entrega de Susana a su trabajo y todos se emocionan.

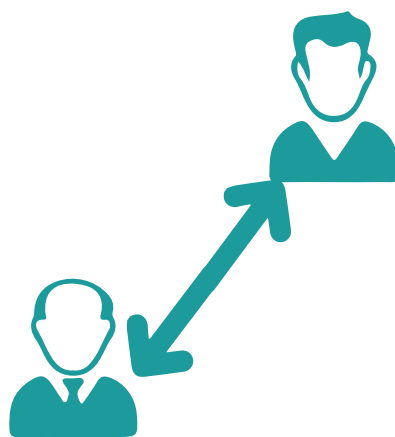


**15) Narrativa:** Luego se cierra la sesión y Susana evoca técnicas de relajación. Habla de un cuento escrito para algo psicoeducativo. Ella afirma que los "cuentos también es una forma importante de Psicoeducación" para niños grandes y chicos ya que son acercamientos que deben ser abarcado desde la emocionalidad al igual que la comprensión de una enfermedad como la que ellos poseen. Aquí se desprende el cuento como un elemento interesante para el proyecto.

Las temáticas vistas dentro del desarrollo de la charla más relevantes fueron las adicciones Y dependencia de terceros, desarrollo de pensamiento crítico, uso de experiencia personal, sensibilidad aplicada la vida cotidiana, apoyo familiar ante recaídas, adaptarse al medio, técnicas de relajación y descripción de medicamentos.

También se observan temáticas emocionales profundas, simetría en el diálogo, empatía grupal, disminución de la distancia espacial, retroalimentación, y un mayor orden para encausar las temáticas abordadas.

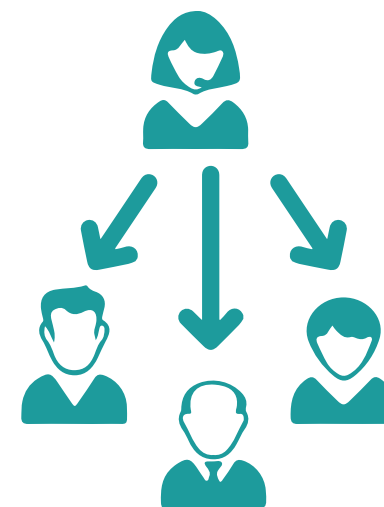
Por último los flujos informativos presentados fueron:



**a) Bidireccional cíclico con 3 agentes:** Se genera conversación grupal y diálogo asimétrico.



**b) Unidireccional con más 3 agentes:** Muchos agentes y sin orientación específica, flujo informativo desordenado.



**c) Multidireccional con un foco común de atención:** Todos escuchan y uno habla.

### c) Interacciones críticas:

A continuación se plantean las interacciones críticas del trabajo de campo realizado en esta charla:



#### **1. Temáticas cercanas y profundas al inicio de la conversación:**

*El simple hecho de iniciar el diálogo con experiencias de vida como miedos y recuerdos hace que los pacientes se sientan en confianza al compartir vivencias íntimas. Una parte importante de psicoeducación que plantea Susana es que ésta debe tener un factor emocional y cercano para llegar a los pacientes y su familia ya que el ánimo está condicionado por las relaciones con el entorno.*



#### **2. Camilo acerca silla a Roberto:**

*Si bien ambos pacientes se conocían entre sí, el simple hecho de que Camilo acerque la silla para establecer un círculo de sillas más pequeño genera códigos de cercanía que están asociados a los lazos generados en el proceso de las distintas charlas psicoeducativas establecidas por Susana.*

*Este hecho habla de generar la consolidación de las redes de apoyo ya que con un simple gesto hace que la distancia entre los pacientes disminuya.*



#### **3. Muestras de afecto:**

*Se realizó al finalizar la charla una dinámica llamada "Diálogo de regalos hablados".*

*Este ejercicio simple de dar un "regalo ficticio" establece asociaciones visuales, imágenes mentales, y recuerdos agradables asociados a cierta persona, la cual recibe algo que ha sido pensado especialmente para ella. Esto hace que el grupo se consolide de forma más fuerte.*

*En psicoeducación se podría hablar de un feedback paciente-paciente y cae en una forma de psicoterapia llamada psicoterapia grupal.*

**Etapa III: Conclusiones finales de análisis de charlas y mecanismo “círculo virtuoso”**

Dentro de las charlas se observaron a modo global distintas reacciones e interacciones en donde destacaron las que principalmente están asociadas a la interacción informativa entre el familiar del paciente primerizo junto a su paciente, ya que ambos llegan desinformados y buscando respuestas. Las interacciones críticas observadas fueron:



Estas interacciones comprenden patrones informativos y delicados factores emocionales y técnicos que deben ser abarcados de una forma clara y sencilla. Se establecieron para esto algunas conclusiones preliminares:

### **1. Red de contactos como difusión de información cercana:**

La red de contactos que puede llegar a generarse por medio del conocimiento de los pacientes durante las charlas puede ser de gran ayuda para fomentar y potenciar el trabajo de difundir la información. Los pacientes pueden convertirse en focos informativos para difundir información de boca en boca.

### **2. Red de contactos como informantes clave para el proyecto:**

Algunos pacientes de la charla podrían transformarse en informantes clave para poder encontrar información relevante a nivel de vivencia que pueda ser utilizada para generar material psicoeducativo. También permitiría abordar información por medio de una perspectiva “desde el

paciente” como autocuidado y prevención que no es tratado en libros de una forma experiencial.

\*Celia y Camilo serán informantes clave del proyecto.

### **3. Tipos de información: Se presentan dos tipos de información dentro de las charlas analizadas.**

#### *a) Información técnica:*

Esta información es tratada en los libros que poseen tecnicismo médico y que están orientados a médicos generales y especialistas en forma de información científica. En esta se presentan niveles de comprensión donde también hay información dirigida a familiares. Este tipo de información plantea un correcto tratamiento por medio de patrones de conducta relacionados con el tratamiento farmacológico, características de la enfermedad, tipo de crisis, análisis de emociones, etc.

#### *b) Información emocional empírica del paciente:*

Esta información es tratada de

forma oral por medio del diálogo entre pacientes que comparten su experiencia en las charlas. Este conocimiento se obtiene a partir de la experiencia de convivir con la enfermedad luego de un proceso de aceptación. Esta información empírica puede ayudar a los pacientes en etapas tempranas de ésta o con diagnóstico tardío a enfrentar síntomas de la enfermedad.

### **4. Psicoeducación Oral:**

En las charlas se entrega una Psicoeducación a modo de psicoterapia grupal de forma oral. Esta genera un conocimiento claro y asimilado a lo largo del tiempo.

### **5. Importancia de factores emocionales y positivos de la enfermedad:**

La empatía y contención afectiva son importantes para dar a conocer un mensaje sobre la sensibilidad que presentan los pacientes. Considerando que esta enfermedad es anímica y está relacionada a un ánimo con tendencia a la inestabilidad si no está correctamente controlado, es importante

fomentar las características positivas asociadas a la creatividad, empatía, desarrollo habilidades manuales artísticas, riqueza de conversación, y un alto desarrollo intelectual.

### **6. Poco conocimiento sobre material Psicoeducativo sobre TAB:**

El material Psicoeducativo no es conocido por los pacientes por ser escaso y de poca accesibilidad.

### **7. Importancia del tratamiento farmacológico:**

El tratamiento farmacológico es el pilar fundamental para tratar la enfermedad, el cual es tomado muchas veces en baja consideración por pacientes que dejan en el tratamiento por sentirse mejor.

Al tratarse una enfermedad crónica, el tratamiento farmacológico se vuelve crucial, y la falta de información hace que esto no sea considerado, generando un gran problema informativo asociado a cómo enfrentar la enfermedad correctamente.

### **8. Necesidad de función activa del familiar en el tratamiento:**

Es necesario que, por sobre todo el familiar comprenda que tiene una función activa dentro de la relación con el paciente, siendo un agente crucial para hacerle entender al paciente que la enfermedad puede ser controlada. Si el familiar toma consciencia de su rol de “protección informativa” llevando a cabo un tratamiento farmacológico y psicoterapéutico conductual constante, el paciente estará estable.

### **9. Más pacientes, mayor cercanía:**

En las charlas se corroboró que a mayor cantidad de pacientes se generan más temas de interés y se direccionan a los más relevantes. En ambas charlas se observó que la cercanía aumenta conforme hay mayor comunicación de ideas y descarga de sentimientos negativos.

### **10. Presencia de patrones vivenciales:**

En ambas charlas se plantean vivencias recurrentes en relación con

la enfermedad, con el medio ambiente externo y con las relaciones interpersonales. El que se repitan patrones vivenciales habla de patrones de comportamiento y problemáticas parecidas al momento de enfrentar los distintos problemas.

### **11. Charlas introductorias más “técnicas para pacientes primerizos”:**

Las charlas demostraron una diferencia entre como se aborda una charla que incluye a pacientes primerizos y su familia y a otra que solo incluye pacientes avanzados.

Las primeras incluyen un lenguaje más formal, son más técnicas, y son más serias.

### **12. Falta de delicadeza informativa y choque de posturas:**

El exponer a un familiar primerizo y al paciente a una impronta que presenta dos posturas distintas sobre el tratamiento hace que éste se pregunte cual es la postura correcta, esto genera interrogantes que

pueden llevar a errores informativos generando así un problema con respecto a la precaución y autocuidado del paciente.

### **13. Creatividad y Sensibilidad:**

Se comprueba la hipótesis de que la gente con bipolaridad son personas creativas, extremadamente inteligentes y brillantes, extremadamente sensibles y emocionales, y que poseen una visión crítica del mundo y de la sociedad realista, y consciente.

### **14. Existen posturas antisiquiátricas:**

Se observa que en charlas como la primera estudiada se generan factores de postura antisiquiátrica que van en contra de los medicamentos, esta postura en el campo de estudio elegido para análisis es repudiado por presentar una “irresponsabilidad informativa” para el paciente primerizo y familia.

### **15. Temáticas de cercanía como pista para material psicoeducativo:**

Las temáticas más cercanas y vi-

venciales no solo permiten establecer lazos de afecto y contacto entre los pacientes sino que permiten comprender con qué tipo de temas se podría comenzar la creación de material psicoeducativo.

### **16. Apoyar psicoeducación oral por medios escritos o visuales:**

A pesar de que la madre buscaba anotar información de forma manual, la psicoeducación oral es insuficiente para contener toda la información necesaria y que es hablada en las charlas. Ésta debería ser apoyada por medios visuales para comprender la información de forma más ordenada.

### **17. Existencia de arquetipos y un mecanismo de funcionamiento:**

Se desprenden de la información recabada 3 tipos de arquetipos que interactúan entre sí generando retroalimentación y asimilación de información psicoeducativa, pero que en comienzo presentan un claro desconocimiento sobre la enfermedad.

## Paciente



## Amigos cercanos a la familia



## Familiar



### Arquetipo 1 - Paciente primerizo:

Este paciente se caracteriza principalmente por poseer un desarrollo de la enfermedad bipolar en la etapa anterior al diagnóstico hecho por un psiquiatra calificado.

- ~ No comprenden qué es la enfermedad en su fase temprana.
- ~ Presentan un diagnóstico tardío de la enfermedad.
- ~ No asumen ni aceptan su enfermedad en comienzo.
- ~ Caen en desinformación sobre la enfermedad en su fase temprana.
- ~ No saben donde informarse sobre la enfermedad y sus características.
- ~ Experimentan síntomas que

afectan el ánimo de forma negativa en fase temprana de la enfermedad.

- ~ Experimentan temor al no entender la situación de fase temprana de la enfermedad.
- ~ Buscan comprensión del entorno y sentirse protegidos.
- ~ Siente vergüenza o miedo de contar su enfermedad a terceras personas.
- ~ Experimentan dudas con respecto al tratamiento farmacológico.

### Arquetipo 2 - Familiar primerizo:

Este arquetipo posee la responsabilidad de cuidar al paciente en sus diversas crisis y en que éste logre un buen desarrollo de tratamiento farmacológico y psicoterapéutico.

- ~ Son familiares cercanos al paciente primerizo que en primera instancia son los padres.
- ~ Se dan cuenta de los síntomas cuando la enfermedad ya está avanzada.
- ~ Han acompañado al paciente durante el proceso de búsqueda de diagnóstico.
- ~ Dentro del proceso de diagnóstico tardío han probado tratamientos sin resultados satisfactorios.
- ~ No cuentan con herramientas necesarias para hacer una correcta prevención de recaídas.
- ~ Evitan la la automedicación.
- ~ Son ávidos de información a pesar de no saber donde buscar esa información.
- ~ Ven la enfermedad muchas veces como un tabú en inicio que

debe ser escondido.

- ~ Son temerosos e inseguros al inicio de la enfermedad.
- ~ Privilegian información científica que les explique la enfermedad.

### Arquetipo 3 - Familiares y amigos del paciente primerizo:

- ~ Jóvenes y adultos de varios rangos etarios.
- ~ Son cercanos al paciente y a su familia.
- ~ Se enteran de forma tardía de la enfermedad y el proceso de diagnóstico
- ~ La desinformación hace que malinterpreten la enfermedad a nivel informativo.



## Familiar



Miembro activo del círculo virtuoso no tomado en cuenta  
Se ve como 2dario pero lleva "la batuta"

SEGURO E INFORMADO  
GENERA HERRAMIENTAS ANTE SÍNTOMAS, RECAÍDAS Y PREVENCIÓN

compone del paciente y el círculo más cercano de familiares. El familiar del paciente con TAB debe abordar durante el período de diagnóstico de la mejor forma la enfermedad para poder ayudar al paciente a sentirse mejor. Esto generalmente no ocurre por falta de información confiable.

Si el familiar no se informa de forma correcta no sabe proceder y las

Información y Contención Emocional



SE RECUPERA EQUILIBRIO



Autocuidado y conciencia de la enfermedad

## Paciente



Miembro pasivo vulnerable ya que está expuesto a inseguridad y factores anímicos desfavorables

COMPRENDIDO Y CONTENIDO EMOCIONALMENTE APRENDE HERRAMIENTAS

recaídas del paciente se intensifican, y pueden llevar a recaídas peores o al suicidio. El paciente a su vez necesita ayuda para asimilar la enfermedad.

En el momento en que ambas partes están informadas la responsabilidad de continuar el círculo virtuoso de bienestar utilizan la información de forma responsable. Si este círculo virtuoso logra resultados satisfactorios

de contención, tanto el paciente como su familiar se sentirán en equilibrio y tendrán dominio y control sobre síntomas y modos de reaccionar ante estos.

Si bien todas las conclusiones son relevantes los dos últimos puntos representan parte de los contenido informativos más relevantes de la etapa de levantamiento de información que permiten idear las directrices de la propuesta y la creación de usuario.

Éstos arquetipos constituyen la primera antesala preliminar para establecer al usuario definitivo del proyecto que en la siguiente etapa es profundizado gracias a la metodología de entrevista con la finalidad de recabar información cercana más específica.

### 18. Existencia del mecanismo informativo del "círculo virtuoso":

Por último, existe un mecanismo de virtuosismo aplicado a la utilización de una correcta psicoeducación para el familiar del paciente bipolar que en comienzo son los padres, que al utilizar correctamente ésta pueden prevenir recaídas y llevar un correcto tratamiento farmacológico.

Este círculo o mecanismo se



**Etapa IV: Conclusiones finales del levantamiento de información.**

Actualmente el sistema de salud público Chileno no cuenta con un estudio de información detallada, estadística y en profundidad sobre el “Trastorno Afectivo Bipolar”. Esta enfermedad del ánimo es una enfermedad de difícil diagnóstico y tratamiento que representa una

etiqueta social que la hace una enfermedad mal vista socialmente por la falta de información. Tanto en la sociedad como en el sistema de salud en donde existen pocas guías que profundizan el “Trastorno Afectivo Bipolar” y logran abarcar sus distintos síntomas, requerimientos,

riesgos y consecuencias médicas si no se lleva un correcto tratamiento farmacológico y psicoterapéutico. Esto sumado al levantamiento de información que arrojó un desarrollo escaso, poco cercano y deficiente de las guías actuales y la existencia de charlas psicoeducativas que se desar-

rollan a pequeña escala con información más experiencial combinando la información técnica, se opta por concluir que el terreno actual es propicio para introducir psicoeducación más profunda y cercana incorporando los factores de cercanía visual y contenido experiencial.

# 6

## Oportunidad de Diseño

Oportunidad, del latín *opportunitas*, hace referencia a lo conveniente de un contexto y a la confluencia de un espacio y un periodo temporal apropiada para obtener un provecho o cumplir un objetivo. Las oportunidades, por lo tanto, son los instantes o plazos que resultan propicios para realizar una acción.

## FORMULACIÓN Y REFORMULACIÓN DE USUARIO

Dado que el proceso de generar el usuario presentó dos etapas a petición de la comisión evaluadora durante el levantamiento de información, la segunda parte fue una profundización de experiencia personal de pacientes con TAB, familiares y amigos.

Estos diálogos fueron 4 y fueron realizadas por medio de la metodología de entrevista. Todos los entrevistados decidieron mantener protegida su identidad salvo Matilde Mualim autora de la exposición *Frac(c)iones* y que actualmente mantiene su blog *fracciones del alma* como un soporte psicoeducativo experiencial y cercano especialmente dirigido a familiares y amigos.

Los dos factores que llevaron a la posibilidad de replantear el usuario antes de conseguir las entrevistas para el proyecto fueron:

**a) El primer factor – ampliar usuario:** sugerido por parte de la comisión, fue considerar un espectro de usuario más amplio, considerando la existencia de distintas realidades familiares que encierran prácticas distintas para sobrellevar la enfermedad. Esto me llevó a pensar que debía redefinir el usuario y la apertura otorgaría información más completa.

**b) El segundo factor – profundización lazos afectivos:** es también la necesidad de profundizar al usuario que apartir de estas distintas

realidades familiares abordan lazos afectivos profundos que van más allá de las prácticas y que quizás son las motivaciones de estas y que podrían poseer puntos positivos y negativos en relación al uso de la información en relación a la enfermedad.

Luego de considerar el replanteamiento de usuario se buscó el conseguir las entrevistas mencionadas o generar conversaciones guiadas.

Luego de planear estas entrevistas y cuestionarios, en base a la reunión con diferentes informantes clave se entrevistó a un paciente bipolar avanzado y a parientes de pacientes con bipolaridad, en donde estos son los focos centrales de apoyo y

contención en momentos de crisis que presentaron problemas para la prevención de síntomas por el miedo o desconocimiento.

Logrando estas entrevistas se analizaron a 4 tipos de agentes o familias distintas en donde las personas entrevistadas fueron: abuela de Camilo, un paciente bipolar TAB I avanzado; Claudio Sanzana, pololo de una paciente bipolar TAB II avanzado, Señora Angélica Pereira, mamá de María Paz, paciente primeriza; y a la paciente Matilde Mualim con bipolaridad avanzada TAB de tipo II.

A modo de resumen se plantea a los entrevistados y temáticas centrales de la charla:



**CASO 1:**  
**Pareja Paciente Bipolar TAB II –**  
**Claudio Sanzana.**

- ~ Etapa inicial de miedo y dudas para comprender la enfermedad, porque la polola no le dice nada, está con pena.
- ~ Le pregunto a la mamá de su pareja que sucedía y la mamá le dijo que le preguntara a ella y no preguntar información por otras personas le dijo que estaba con remedios.
- ~ Dijo que no hay información desde el principio y busco en internet por su cuenta.
- ~ La mamá de él se metió en el tema para poder ayudar a la polola Claudio.
- ~ La contención es constante y agotadora.
- ~ La información poco fiable en Internet, es desordenada y no hay hilo conductor.
- ~ No tenía herramientas de contención durante una crisis (le tocó ver dos intentos de suicidio). No la podía dejar sola.
- ~ Los roles más importantes se los ve en la familia y en amigas cercanas “viejas”.
- ~ Excesiva contención.
- ~ Contención focal significa que toda la familia se concentra en proteger al paciente.
- ~ Estados depresivos, muchísima inseguridad.
- ~ Las herramientas se aprenden en el proceso, no es algo inmediato.
- ~ La enfermedad y la contención de crisis si ayuda que la familia se una para proteger al paciente.



**CASO 2:**  
**Madre Primeriza TAB II - Señora**  
**Angélica Pereira.**

- ~ Mujer separada, se ha hecho cargo de su hija.
- ~ Infancia difícil de la hija. No tiene herramientas sociales (*faltaron amigas, no ha terminado 4 carreras, no tuvo adolescencia*).
- ~ Foco con información primaria es el especialista, y no supo de la enfermedad hasta que se entregó el diagnóstico.
- ~ No acepto la enfermedad en comienzo y no hay mucha información.
- ~ Se centró en el especialista, no buscó por su cuenta información.
- ~ No tiene herramientas para sobrellevar las crisis (*son violentas a nivel psicológico*).
- ~ La mayoría de información que encontró es técnica.
- ~ No tenía herramientas de contención.
- ~ En este caso la familia que son madre e hija se distancian, no hay muchos familiares aunque mejora la relación entre marido y mujer.
- ~ Cuando la persona es una madre, hay un proceso de distanciamiento entre las personas porque el paciente enfoca toda su rabia y frustración con la persona que lo está conteniendo.
- ~ Hay mucho temor y preocupación y se genera sobreprotección.



**CASO 3:**  
**Abuela Paciente Avanzado TAB I –**  
**Abuela de Camilo**

- ~ Toma rol afectivo de la madre por separación de los padres.
- ~ Exceso es sobreprotección.
- ~ El paciente no pone mucho de su parte porque está deprimido muy cansado.
- ~ Aquí hay crisis de euforia, se va a las nubes.
- ~ Le dio una crisis complicada con escapatoria y alucinaciones (*se escapó a la calle, se desapareció dos días, le dio comida un ladrón, en otras se ha puesto a cantar en una plaza*), esto generó miedo en su familia y fue la causa de la sobreprotección.
- ~ Mucho miedo por síntomas de pre crisis.
- ~ Abuela se preocupa, no tiene información, se centra en el especialista, y busca información por su cuenta, y ella se encarga de entregar información al abuelo.
- ~ Abuela unida a la familia, los padres separados se unieron para ayudar al hijo, y abuela entregó información a toda la familia generando mayores red de contención.
- ~ Ayuda de vecinos, amigo y mamá

(*son de infancia y le ayudaron mucho desde que se enfermó*).

- ~ A partir de la primera crisis se genera desesperación y miedo lo cual genera la sobreprotección, por qué le tiene miedo que le vengan más crisis.
- ~ Cree que la información es muy importante, el tratamiento farmacológico también, fuente primaria Internet y especialista, se genera un mayor uso de las redes de contacto familiares para ayudar en las crisis (abuela para las antenas, y le dice a abuelos, papás, y entre todos lo cuidan).
- ~ Han sido como 5 internaciones, una por año casi, en clínica y después en hospitales por \$.

**A modo de ejemplo:**

*El proceso de cierre de todas las personas es al inicio, lo cual hace que sea complicado informarse y genera desconocimiento, también genera que las personas no puedan tener diálogo, se cierran y no les permita acercarse.*



**CASO 4:**  
**Paciente avanzado con Bipolaridad**  
**TAB II - Matilde Mualim.**

- ~ Proceso largo de negación de la enfermedad por parte de la familia (3 años aproximadamente).
- ~ Padres separados.
- ~ En inicio los padres reaccionan mal por preocupación reprimida.
- ~ Mamá busca información después de mucho tiempo.
- ~ Fuente primaria información Internet.
- ~ Herramienta es compañía y apoyo.
- ~ Tratamiento y fármacos son muy importantes durante el proceso de terapia.
- ~ Su familia reacciona mal y se cierra, ella no tiene diálogo con ellos, se refugia en el alcohol para calmar la angustia, se refugia en dos amigos que la cuidan, aunque los amigos no la entienden 100%.

De las entrevistas y cuestionarios realizados se obtuvo información para profundizar el usuario del familiar primerizo con bipolaridad, tanto a nivel familiar como a nivel emocional. Luego de recabar y clasificar la información se obtuvieron algunas conclusiones que son aplicables para la creación del usuario visto como el familiar del paciente primerizo con TAB como:

- a) Desconocimiento y proceso de negación:** Al inicio de la enfermedad, esto hace que se caiga en agresividad, falta de diálogo y dificulta la búsqueda de diagnóstico y tratamiento.
- b) Existen dos tipos de crisis dependiendo el tipo de TAB:** Ocurren crisis de dos tipos eufórica acrecentados en TAB I o crisis depresivas

acentuadas en TAB II.

**c) Información Técnica v/s Emocional:** La información técnica es la más usada y falta más información emocional. La información debe ordenar la información técnica y plantear y profundizar la información emocional.

**d) Miedo y sobreprotección:** Existe un miedo en exceso por los síntomas precrisis, esto genera sobreprotección y que el paciente limite sus actividades.

**e) Contención afectiva:** Es muy importante dentro de las crisis, lo más vital es el apoyo y la compañía.

**f) Focos primarios información**

**Internet / Especialista:** Muchos hablan de que es internet y el especialista, internet es información difusa y dispersa, no es totalmente fiable, y el especialista desde el punto de vista técnico sólo dice que tiene el paciente le va hacer esto y tiene que tomarse de remedio, le van a dar subidas, y se tiene que tomar todos los remedios.

**g) Etapa primeriza con errores de diagnóstico:** Todos han pasado por distintos psiquiatras, tratamientos y recaídas por esto.

**h) Importancia tratamiento farmacológico:** Todos consideran que los fármacos son necesarios para controlar las crisis.

En base al procedimiento de entre-

vista, observaciones y al análisis formulado, se concluye que el usuario debe ampliarse, según cada realidad familiar que acompaña a cada paciente bipolar, se configura de distinta manera y adquiere distintas características y roles particulares, en donde el usuario ya no es solo el padre o la madre del paciente primerizo con bipolaridad, sino que se amplía hasta abarcar al núcleo más cercano e íntimo del paciente.

Este núcleo más cercano al paciente bipolar varía según el contexto y se configura de distinta manera según la realidad específica en donde ocurren casos donde el paciente no vive con sus padres, y el núcleo cercano lo pasan a tomar los abuelos, en otros casos pasan a ser los amigos o parejas, en otros casos pasan a ser vecinos, dependiendo de la realidad de cada persona.

**Se generan por ende arquetipos tales como: abuelos, pololo, mamá primeriza, paciente bipolar, vecinos.**

Este arquetipo posee la responsabilidad de cuidar al paciente en sus diversas crisis y en que éste logre un buen desarrollo de tratamiento farmacológico y psicoterapéutico.

Por lo general son madres y juegan un rol activo en mecanismo “círculo virtuoso” (ya mencionado con antelación) ya que el paciente primerizo en su rol pasivo no es consciente de la enfermedad y no le hace frente de forma activa.

Ven la enfermedad como un **tabú** en inicio.  
Se dan cuenta de los síntomas cuando la enfermedad ya está avanzada.  
Aprenden a **contener al paciente** en crisis y no saben hacerlo de la manera correcta.  
Deben **generar prevención y contención** para el paciente a nivel físico y emocional.  
Evitan la la automedicación.  
Son **ávidos de información** a pesar de no saber donde buscar esa información.





## OPORTUNIDAD DE DISEÑO



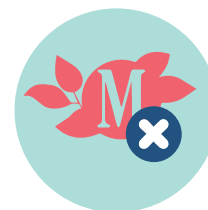
Desinformación en la familia del paciente primerizo



Desconocimiento impide dilucidar tratamiento correcto



Guías con lenguaje técnico para médicos y poco cercanos para familiares del paciente



Gráfica deficiente de Guías actuales



Guías escasas y de difícil acceso

### OPORTUNIDAD DE DISEÑO

#### Oportunidad:

Las guías psicoeducativas actuales chilenas sobre TAB poseen información técnico - científica que es comprensible por médicos expertos, pero que no consideran un lenguaje más cercano para el familiar primerizo del paciente con TAB.

Estos al buscar información se encuentran con fuentes poco fiables

como internet en primera línea informativa, en donde la información no es totalmente cercana, es poco fiable y puede inducir a errores asociados al control de recaídas y automedicación incorrecta entre otros. Ya que éstas son poco accesibles, son escasas, presentan poco desarrollo de información visual, incluyen un lenguaje técnico-científico complejo que

dificulta la comprensión y son poco cercanas con el paciente y familia esto dificulta el flujo informativo y el control de la enfermedad dentro del “mecanismo de círculo virtuoso” anteriormente mencionado.

#### El proyecto:

Busca proponer un sistema infor-

mativo para generar que el círculo virtuoso se consolide ayudando al familiar y paciente primerizo a abarcar y comprender temáticas descriptivas, preventivas y de autocuidado del TAB que generen las instancias informativas cercanas entre ellos incentivando el diálogo y la comprensión, ya que ellos viven inicialmente un período de diagnóstico difuso complejo.





**PROCESO CREATIVO**

# 3Q

## ***¿Qué?***

Material psicoeducativo sobre Trastorno Afectivo Bipolar en formato web que presenta microcuentos informativos de estructura narrativa que permiten la entrega cercana de información específica y descriptiva para la comprensión de la enfermedad, la detección y prevención oportuna de los síntomas de recaída y que está dirigido al núcleo cercano de familiares y amigos del paciente primerizo con Trastorno Afectivo Bipolar.

## ***¿Para qué?***

Para favorecer el libre y fácil acceso a información psicoeducativa sobre TAB para el núcleo cercano de familiares y amigos del paciente bipolar primerizo, para que pueda tomar un rol activo en la identificación y prevención oportuna de síntomas de recaída.

## ***¿Por qué?***

Actualmente el material psicoeducativo existente dirigido al núcleo cercano de familiares y amigos del paciente primerizo con TAB, es escaso, tiene poca accesibilidad, y presenta información técnica y poco cercana en donde las guías actuales son mayoritariamente para médicos con un lenguaje técnico y poco cercano.



## ***Objetivo General***

Generar una plataforma informativa para que el núcleo cercano de familiares y amigos del paciente con trastorno bipolar primerizo, tomen consciencia de los síntomas de recaída de la enfermedad y como prevenirlas correctamente.

## ***Objetivos Específicos***

- 1) Desarrollar material psicoeducativo que contemple las características del trastorno afectivo bipolar por medio de contenidos técnico - científicos complejos en un lenguaje comprensible.
- 2) Dar a conocer los dos ejes informativos importantes de prevención y tratamiento de la enfermedad bipolar abordando la información necesaria de forma sintética por medio de un lenguaje amable y cercano.
- 3) Vincular al núcleo de familiares y amigos con el paciente por medio de narrativas representativas que abordan tanto variables conductuales como emocionales.

## CARÁCTER DEL PROYECTO Y ELEMENTOS (JUSTIFICACIÓN)

La idea del proyecto surge luego de la observación que se hace entorno a la existencia de material psicoeducativo sobre TAB en Chile, el cual es escaso, deficiente a nivel gráfico, poco accesible y con un lenguaje técnico - científico que es poco cercano tanto para el paciente primerizo con TAB como para su núcleo cercano de familiares y amigos.

Considerando estas falencias el proyecto nace con la finalidad de consolidar material psicoeducativo, mejorando las falencias actuales, para abarcar el mecanismo de círculo virtuoso observado entre el paciente primerizo con TAB y su núcleo familiar cercano.

La propuesta por ende toma distintos elementos que de forma conjunta, buscan generar un desarrollo de contenidos que pueda reflejar desde la identificación con personajes, el uso de la experiencia y el uso de narrativa, un aporte importante dentro de este círculo por medio de un lenguaje cercano. Éste será abordado por medio de herramientas gráfico - ilustrativas atractivas y que estén contenidas en una plataforma web definida como canal informativo por su alta accesibilidad de información.

Es así como surgen los elementos elegidos ayudan a integrar en la propuesta el uso de narrativa,

la creación de cuentos literarios, la creación de guión y personajes y la implementación de plataforma web como un nexo de difusión de mayor rango. Éstos permiten abarcar de una forma más lúdica y cercana los contenidos, ofreciendo un lenguaje gráfico - narrativo más atractivo y fácilmente asimilable.

El proyecto utiliza distintos elementos considerando sus ventajas importantes como:

### Utilización de Narrativa

La narrativa ofrece la posibilidad de incorporar el recurso emocional

por medio de dos ejes que no son elementos comunes en las guías actuales, ya que no abarcan de una forma profunda las diversas experiencias personales vividas por los pacientes primerizos con TAB y sus familiares y amigos cercanos.

El primero de estos ejes es la posibilidad de retratar experiencias por medio de historias ficticias que den a conocer vivencias, temáticas e hitos específicos conocidos por el usuario, para generar una mejor asimilación de contenidos técnico científicos y emocionales que se relacionan con la descripción, características de la enfermedad junto a su tratamiento y prevención.

El segundo eje permite caracterizar personajes - arquetipos que al vivir experiencias representativas otorgan un mayor lazo de cercanía, empatización con el paciente y la identificación en el núcleo cercano del paciente. Estos elementos pueden ser utilizados como componentes informativos considerando que la experiencia empírica y emocional de los paciente y su núcleo cercano no es abarcada junto a los patrones conductuales - emocionales que se presentan durante el desarrollo del círculo virtuoso al que pueden acceder. Siendo así, la narrativa permitiría dar un hilo conductor al relato, a sus principales contenidos expuestos utilizando ilus-

traciones narrativas que complementan el relato incluyendo imágenes simples y atractivas que generan enganche visual, una continuidad y unificación de la historia dando vida a los personajes. Ambos elementos permiten un aprendizaje fluido, comprensible y sintético mostrado de forma simple por medio de la imagen y los textos acotados.

También permitiría abarcar la prevención de síntomas y reomendación del tratamiento ideal estableciendo categorizaciones de información específica que abarcan el TAB a nivel informativo, sus características de recaídas, cómo reconocerlas y las

recomendaciones de prevención y tratamiento. La narrativa también por ende se presenta como una herramienta a ser aplicada como una narración macro a modo de “ *cuento global*” que contiene pequeñas historias a nivel “*micro*” de los temas y que utilizan a un personaje principal como hilo conductor del relato que abarca los contenidos anteriormente señalados. Éste contenido se aborda en cuentos narrativos de corta extensión y permite relacionar el relato, la ilustración y el uso web.

#### Utilización del Cuento Informativo

Considerando que el proyecto debe

abarcarse de un punto de vista narrativo e ilustrativo para consolidar cercanía con el usuario, la utilización del cuento como elemento permite generar un hilo conductor que agrupa mucha información y datos desordenados o lejanos en historias sencillas, sintéticas en sus contenidos y de fácil desarrollo con personajes cercanos que mencionan sus vivencias y los hitos importantes dentro de las recaídas de la enfermedad y como prevenirlas, considerando que este tema fue focal y muy acentuado dentro del levantamiento de información.

Los cuentos presentan la información de forma lineal y descendente

a nivel de profundización de contenidos técnico - científicos sintéticos y acotados que pueden abarcarse de forma introspectiva por algunos personajes durante el relato generando la identificación con el usuario.

Considerando a su vez al cuento abarca como temáticas de prevención y contención que contienen distintos microcuentos internos a su vez, estos se abarcarán por medio de tres niveles de información que son información técnica y científica aplicada a información descriptiva y características del TAB explicada de forma sencilla, prevención de recaídas por medio de hitos e información experiencial y el uso de recomendaciones para detectar los sín-

tomas depresivos y eufóricos previos a las recaídas y que ayudan a complementar el tratamiento farmacológico, modificando algunas conductas en relación con la familia.

La web como estructura facilita el uso de estos contenidos dispuestos para dar coherencia y orden al flujo informativo expuestos en este macrocuento y sus microcuentos informativos de profundización.

### Plataforma Web y Aplicación

La estructura multifocal que representa la creación de un sitio web otorga una visión mucho más amplia

para abarcar información de forma coherente categorizada y ordenada por capítulos. Esto permite una vista de información más acotada que es descendente en profundización, e integra un lenguaje visual, cercano e ilustrativo que otorgue carácter vivencial y experiencial a una historia “global” de uno o más personajes.

Su elección fue definida ya que puede trabajarse a nivel macro desembocando en partes micro lo cual constituye una ventaja de desarrollo para el cuento lineal que permite ver sus distintas aristas de forma simultánea y visual.

Es así como el relato se divide en

un gran relato narrativo a modo de cuento global que encierra 4 grandes capítulos relacionados con la definición de la enfermedad, identificar sus características más importantes, profundizarlas, sintetizarlas y entender como abarcarlas.

El gran cuento junto a su estructura de microcuentos informativos se ven conformadas por:

#### **1) Parte 1: Macro - relato**

Establece la unión de todos los capítulos, éste organiza los microcuentos de forma lineal y acotada evitando la densidad y ejemplificando la información con el uso de protagonistas



ficticios que al relatar sus distintas historias entregan herramientas al núcleo cercano del paciente con trastorno afectivo bipolar para abordar correctamente las temáticas de prevención y tratamiento.

### 2) Parte 2: Micro-relatos

Estos abarcan a los personajes, al protagonista y a su núcleo cercano de familiares y amigos de forma cercana, abarcando temas particulares dentro del concepto de TAB definiendo y profundizando los contenidos más particulares por medio de la ilustración y narrativa.

### 3) Parte 3: Identificación de sínto-

### mas y recomendaciones

Aquí parte de los microcuentos finales logran un mayor nivel de cercanía al explicar contenidos emocionales, “hitos clave” y sus respectivas herramientas de tratamiento y prevención, usando una cantidad acotada de personajes de forma profunda pero que no agregan complejidad la historia, sino que la potencian.

El cuento también debe lograr con su aplicación a la plataforma digital difusión y accesibilidad al material psicoeducativo de forma rápida y sencilla. También a su vez plataforma ha presentado la necesidad de establecer un guión

para ordenar los contenidos y unificar la historia junto a sus protagonistas.

### Uso del Guión

El levantamiento de información de contenidos se presenta con la necesidad de ser planteado y ordenado, es así como el guión es utilizado como una herramienta de jerarquización y orden unificando los elementos anteriores junto a su narrador protagonista para establecer el uso de narrativa informativa que desemboca en sus cuentos y características literarias y gráfico ilustrativas.

El guión y levantamiento de con-

tenidos constituyen así la primera parte del proyecto para constituir la espina dorsal de éste ya que los contenidos y su estructura son necesarias para constituir el proyecto el cual fue valorado y modificado por especialistas entrevistados a nivel informativo.

Según lo ya señalado la finalidad principal del proyecto es entregarle al usuario identificación cercana e información. Por ende el proyecto abarcó distintas etapas para este propósito. Las etapas constituyeron el levantamiento de contenidos, creación de un guión, exploración y utilización de ilustración, y elaboración de la plataforma web gracias a las necesidades observadas.



## POSICIONAMIENTO DEL PROYECTO

El proyecto busca lograr que el círculo virtuoso planteado durante levantamiento información, tenga la oportunidad de acceder a material psicoeducativo dispuesto de forma cercana y digital.

Considerando a su vez las falencias totales ya mencionadas, el proyecto combina la información emocional y cercana con los contenidos técnico científicos y otorga una interfaz que abarca más en profundidad contenidos que actualmente no son desarrollados con un lenguaje comprensible para el núcleo cercano del paciente bipolar “inexperto”. El lenguaje al ser abordado por me-

dio de los dos ejes, representa una guía informativa de fácil acceso que cuenta con la revisión de contenidos por parte de especialistas calificados que le entregan al proyecto un apoyo confiable y certero para establecer correctamente contenidos. Éstos al ser expuestos de forma ordenada considerando una usabilidad rápida de la plataforma web y un uso más intuitivo por medio de la narrativa global y particular de los cuentos ofrece una información emocional más ejemplificada por medio de los personajes identificables y una información técnica fácil de entender.

Ambos ejes ya mencionado

aportan positivamente a este círculo virtuoso a modo global - conceptual y permiten conocer las recaídas y sus características para prevenirlas. Éstas son el epicentro para el paciente ya que al no poseer recaídas por una prevención correcta y responsable, no generan quiebre o roces importantes con las relaciones de su entorno, especialmente en su núcleo cercano de familiares y amigos.

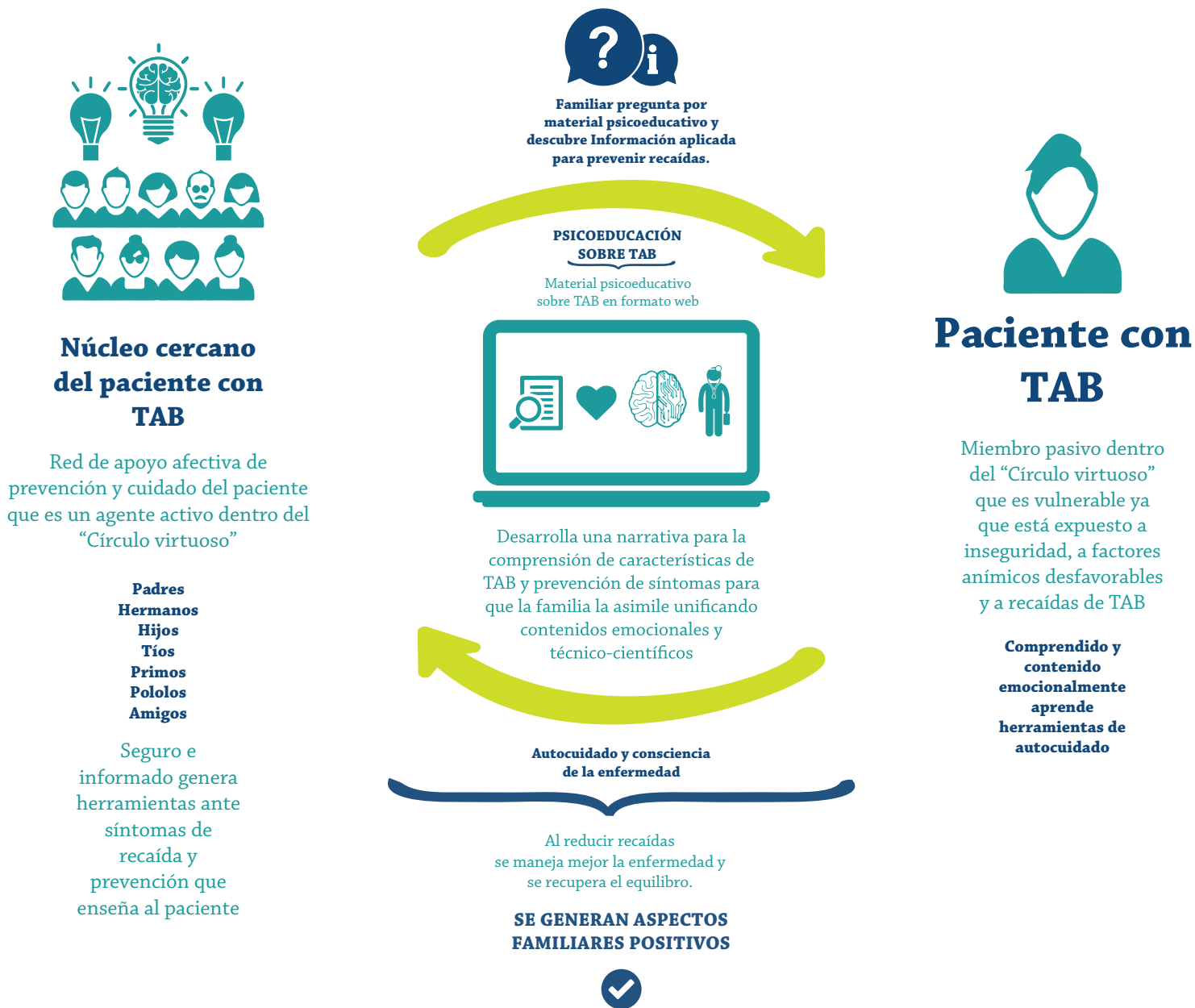
El acercar a la familia la información con el uso de elementos ilustrados y lenguaje web se adapta a las nuevas necesidades informativas que ven en los impresos un

soporte de baja difusión. Para lograr este objetivo el proyecto se sustentó en distintas etapas que incluyeron búsqueda y recopilación de información, aplicación y creación de contenido narrativo, uso de gráfica visual y un proceso de desarrollo e implementación web.

Todas estas etapas fueron apoyadas por especialistas y expertos, considerando un desarrollo integral muy importantes dentro del el proceso de diseño global.

A continuación (**Figura 6**) se ahondan las etapas para llegar al resultado final del proyecto.





**Figura 6**  
 Mecanismos del Círculo Virtuoso Psicoeducativo sobre TAB

# 7

## Desarrollo de Contenidos

El desarrollo de contenidos tuvo distintas etapas consecutivas de forma cronológica para dejar el contenido óptimo para una posterior adaptación al guión. Éstos contaron con distintas herramientas de materialización de la información, dentro de la cual figura la asesoría de especialistas.

## ARQUITECTURA DE INFORMACIÓN Y RECOPIACIÓN DE CONTENIDOS

### Etapas del Desarrollo de Contenidos

#### 1) Búsqueda y recopilación de contenidos en relación a material descriptivo y psicoeducativo nacional e internacional.

La primera etapa desarrollada durante la elaboración del levantamiento de información y búsqueda conceptual, y contó con la búsqueda de material psicoeducativo confiable sobre TAB a nivel nacional e internacional para levantar y utilizar contenidos.

Ésta fue realizada por medio de la investigación y búsqueda de fuentes de información fiable y respaldadas por diversas entidades de las ciencias médicas, investigadores y especialistas sobre TAB a nivel nacional e internacional. Éstas fuentes representaron guías técnicas para médicos y guías psicoeducativas para el paciente y familia.

Muchas de estas guías se consolidaron como referentes representativos en donde destacaron material psicoeducativo descriptivo técnico-científico excesivamente técnico para médicos como: “Trastornos Bipolares” (Correa, 2006), Guía clínica AUGE “Trastorno Bipolar en personas de 15 años y más”

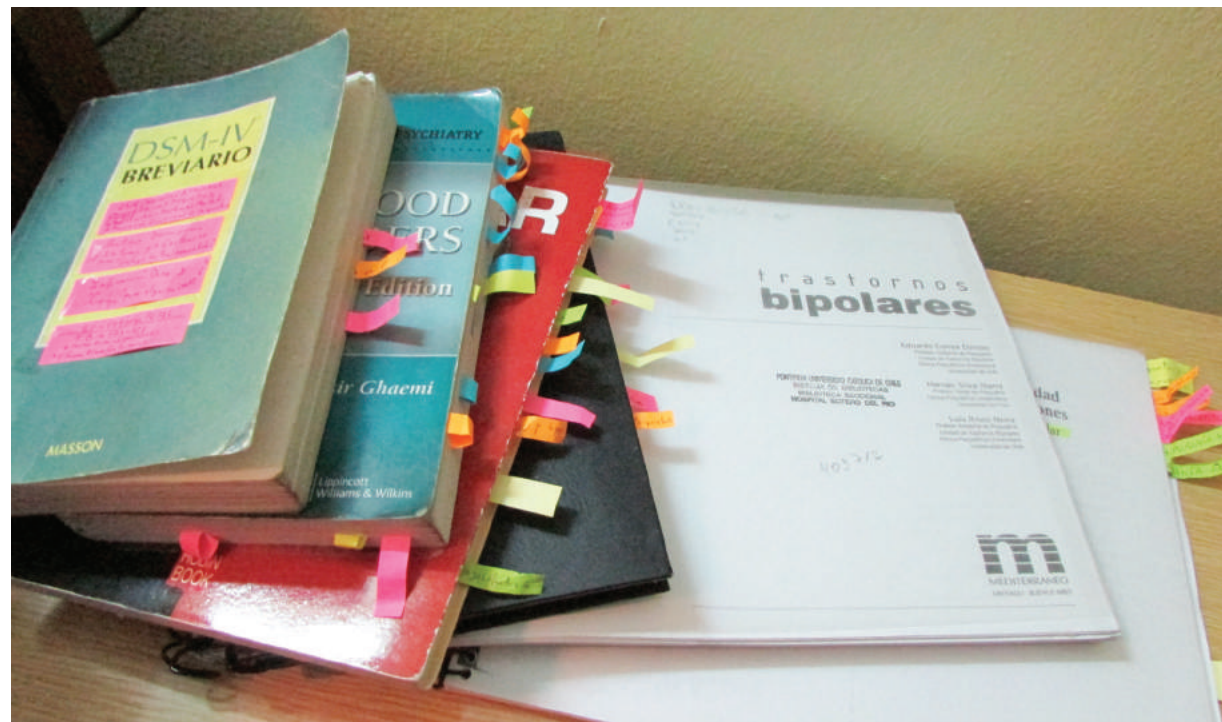
(MINSAL, 2013), Psychoeducation: Manual for Bipolar Disorder (Colom & Vieta, 2006), “Bipolar Disorder-Oxford University Press” (Strakowski, 2014) y guías psicoeducativas para el paciente con TAB y sus familiares cercanos a como “De la euforia a la tristeza” (Colom & Vieta, 2008), “Guía para pacientes y familiares: Conociendo el trastorno Bipolar” (MINSAL - SOCHITAB, 2014) y “La enfermedad de las emociones” (Colom & Vieta, 2004) entre otras publicaciones.

De éstas se lograron desprender contenidos relevantes que eran recurrentes en todas las guías y que habían sido estudiadas y aprobadas en programas psicoeducativos internacionales, con un índice de éxito importante. Estos contenidos fueron aplicados especialmente con éxito en Barcelona.

Los contenidos fueron:

- 1) Introducción básica a la enfermedad
- 2) ¿Qué es la bipolaridad?
- 3) Factores etiológicos y desencadenantes

- 4) Síntomas de tipo Eufórico: *Manía e hipomanía*
- 5) Síntomas de tipo depresivo y estados mixtos
- 6) Curso y pronóstico del TAB
- 7) Tratamiento con estabilizadores del ánimo
- 8) Tratamiento con Antimaníacos
- 9) Tratamiento con Antidepresivos
- 10) Niveles plasmáticos, litio, carbamazepina y valproato.
- 11) Embarazo y consejo genético
- 12) Psicoterapia v/s terapias alternativas.





Testeo de contenidos del proyecto con especialistas.

13) Riesgos asociados al abandono del tratamiento.

14) Sustancias psicoactivas riesgos en la enfermedad.

15) Detección precoz de los episodios maníacos e hipomaníacos.

16) Detección precoz de los episodios depresivos y mixtos.

17) ¿Qué hacer cuando se detecta una nueva fase?

18) Regularidad.

19) Técnicas para el control del estrés.

20) Estrategias de solución de problemas.

Las guías analizadas permitieron un primer acercamiento y definición de temas antes de recurrir a los especialistas que fueron contactados con posterioridad vía contacto e-mail y luego por medio de entrevistas presenciales enfocadas en poder apoyar y constatar el uso correcto de los contenidos.

## 2) Asesoría de especialistas para corrección y edición de contenidos

Los especialistas Fabiola Serrano, Felipe Leddermann, Pedro Retamal y Susana Rodríguez fueron contactados vía mail y accedieron a dar entrevistas presenciales. En ellas durante la primera entrevista con cada uno, se introdujo al concepto de psicoeducación y a la escasa existencia de guías y de poca accesibilidad. Luego de la primera etapa de recopilación de datos bibliográficos, los especialistas entregaron su guía para abordar los contenidos pertinentes tanto desde la bibliografía como de su experiencia personal como terapeutas. Durante un proceso presencial se abordaron los contenidos desde sus diferentes aristas estableciendo criterios de profundidad que le otorgaron a los temas un desarrollo de macro a micro interesante para

ser abordado posteriormente tanto en la estructura de contenidos como su aplicación en el guión. También el proceso buscó contactar a miembros de SOCHITAB – Sociedad chilena de trastornos bipolares vía contacto mail sin resultados de correspondencia positivos concluyentes.

## 3) Selección, categorización y contenidos relevantes

Los contenidos relevantes rescatados de acuerdo al material revisado con ayuda de especialistas y que se ajustaban a las necesidades chilenas según su experiencia fueron:

- 1) Cercanía para mostrar la enfermedad
- 2) ¿Qué es el TAB?
- 3) Desencadenantes
- 4) ¿Cómo se hace un diagnóstico?
- 5) Prevención de crisis eufóricas o depresivas en base a sus síntomas

6) Descripción de síntomas eufóricos y depresivos

7) Control del estrés, métodos de relajación y solución de problemas

8) Riesgos diversos

9) Detección precoz de episodios eufóricos y depresivos

10) Rutina y Regularidad de hábitos

Los especialistas comentaron desde su visión profesional que estos contenidos aplicados a la realidad chilena tomaban su base inicial de programas psicoeducativos internacionales pero no eran tan profundos como en países europeos debido a que la población chilena con TAB no posee tanto acceso a psicoeducación de forma generalizada y a que existen pocos especialistas con el nivel de especialización adecuado y específico.

A diferencia de los programas de otros países dentro del establecimiento de contenidos, los especialistas recomendaron no profundizar, por lo menos durante la primera etapa de desarrollo del proyecto, algunas temáticas más complejas y específicas asociados al tratamiento farmacológico.

En nuestro país éste posee falencias informativas importantes sobre la descripción de los medicamentos, su correcto uso, su uso indebido, y problemáticas asociadas a la automedicación irresponsable. Los especialistas creyeron pertinente no incluir este contenido de forma profunda ya que durante el diagnóstico y tratamiento un profesional calificado debe dar la información correcta para no inducir a error al paciente o a su núcleo cercano.

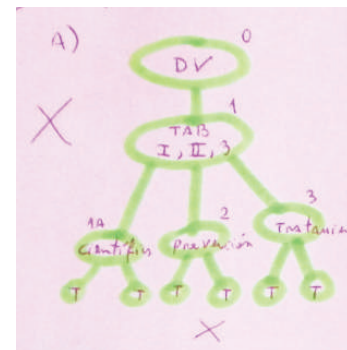
También a su vez los especialistas abordaron la importancia de las fases y recaídas de TAB como un punto fuerte a profundizar dentro de los contenidos.

#### 4) Creación de estructura de información global de contenidos

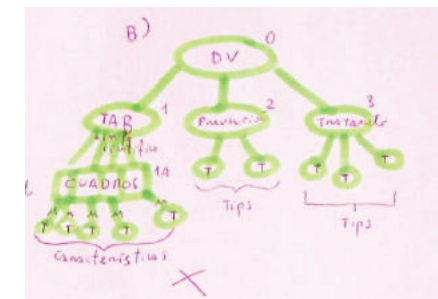
Los ejes de categorización de contenidos se constituyeron en una evolución de estructura informativa macro y contenidos micro que serían adaptados luego a los cuentos y al guión lo cual se fue viendo durante el proceso. Éste proceso junto a los especialistas fue de “prueba y error” ya que la información debía constituirse de forma ordenada y sintética para ofrecer luego la posibilidad de profundización de cada tema.

Los ejes definidos como principales fueron cambiando y evolucionando desde 3 ejes iniciales conformados por un eje técnico - científico, un eje de contención emocional y otro eje de cuidados alternativos los cuales se sometieron a cambios importantes reformulando y creando 4 ejes que a diferencia de los anteriores llevaban a una buena profundización según especialistas.

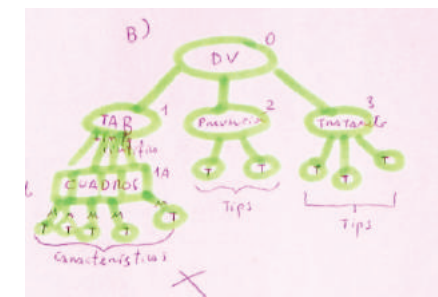
El proceso de estructura tuvo estas 3 etapas iniciales reformuladas gracias a las observaciones de especialistas que ayudaron a editar los contenidos finales luego de correcciones iterativas sucesivas.



1) La estructura inicial a modo de boceto incluía un “Macro-relato” introductorio a características generales de la enfermedad que se compone de 3 ejes de información, el técnico-científico, la contención emocional y cuidados alternativos. Este fue reformulado ya que el desarrollo de guión necesitaba unificar con el relato a los protagonistas y éste poseía un recorrido rígido y lineal

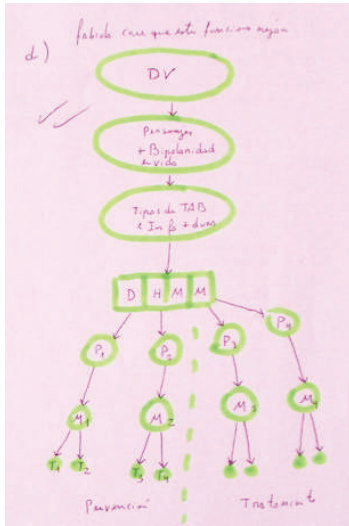


2) La estructura secundaria desprendía la información sin la presencia de un “Macro relato” introductorio lo cual volvió la estructura aún más rígida seccionando los tres ejes informativos.



3) La tercera estructura presentó más dinamismo para poder abarcar las fases bipolares pero ofrecía un hilo

conductor confuso y desordenado para el desarrollo de guión y la bajada de los contenidos.



4) La cuarta estructura de contenidos fue adaptada al guión de forma ordenada y permitió un uso coherente de los contenidos. En ella se explora la linealidad como recurso a la cual se le incorporan los microcuentos informativos y los personajes a modo de estados. También la última etapa determina los ejes finales informativos los cuales incluyen prevención y tratamiento como temas centrales para la detección y prevención de los síntomas de TAB.

### 5) Edición de contenidos finales y modi-

### ficaciones para su aplicación al guión

Algunas modificaciones halladas dentro de la información para descartarlas en primera instancia fueron el tratamiento farmacológico, el cual se disponía por los especialistas como un área que debe ser abarcada principalmente por el especialista ya que posee un alto rango de desinformación por parte del paciente y su núcleo cercano. Esto también puede considerarse como un factor de riesgo por la automedicación irresponsable del paciente desinformado.

Otra desincorporación informativa en primera instancia fueron temáticas más complejas a nivel psicológico como el suicidio, las hospitalizaciones graves o el TAB durante la niñez y la adolescencia, las cuales son temáticas en las que se requiere de un especialista calificado para su correcta aplicación, la cual necesita también una meticulosa elaboración ya que también puede inducir a error por presentar mayores complejidades informativas, farmacológicas y de estructura conductual familiar.

Por último los contenidos que requerían evaluación y optaron por no abarcarse en primera etapa son TAB en la lactancia y TAB en la

tercera edad las cuales no cuentan con estudios robustos actualmente en Chile y representan una materia que necesita ser ahondada más en detalle por estudios y especialistas.

Luego de tener los contenidos finales de ¿qué es la enfermedad?, características y ¿qué hacer? se optó por utilizarlos como ejes estructurales de la página web y el desarrollo de los temas de contenidos finales que terminaron siendo ¿qué es TAB? (definición y su relación con el ánimo), sus características (desencadenantes, tipos de TAB, y psicoeducación) fases de TAB (síntomas depresivos, hipomaniacos, mixtos y depresivos) y consejos útiles para detección y prevención de síntomas. Todo esto luego se aplicaría a la creación del guión que luego articularía el uso de frames y de una estructura web de sencilla navegación.

### 6) Prevención y detección de síntomas como profundización

Luego ya de haber definido los tres ejes iniciales, el cuarto desarrolló una forma de compilación “abanico” de consejos útiles. Considerando que la psicoeducación en Chile requiere de un factor de cercanía, el cuarto eje se abordó desde un punto de vista más cercano para la incorporación de

personajes e ilustración.

Es así como el tratamiento por medio de la utilización de medidas precautorias se vuelve un contenido atractivo aplicable al paciente por parte de su núcleo cercano para incentivar el autocuidado (Colom & Vieta, pp. 117-126).

También ya que este eje no es siempre abordado en las guías o es abordado de forma desorganizada y poco clara en sitios de internet, no se tiene una clara idea del impacto o ventajas que pueden otorgar.

Por lo general este nivel de información es mencionado como eje relevante cuando se tiene acceso a un especialista experto que explica las ventajas de cada una de estas posibles actividades “precautorias”. Estas actividades son medidas que en la etapa de prevención de crisis pueden actuar como disipadores de cansancio mental, desestresantes corporales, y generadores de neurotransmisores cerebrales. Algunas de estas actividades precautorias que deben considerar los familiares para aplicar al paciente para evitar crisis depresivas y eufóricas son principalmente:

1) *Ejercicio y Deporte:* Instancias

de desarrollo físico que fortalece el cuerpo anímicamente y genera mayor producción de neurotransmisores. Cuenta como actividades recreativas y generadoras de energía. Deportes como yoga, natación bicicleta, correr, nadar, etc, entran dentro de esta categoría. Durante la etapa de fases eufóricas se debe eliminar este ítem para evitar aceleración.

2) *Alimentación Sana*: Una alimentación balanceada, equilibrada y nutritiva en base a alimentos libres de colesterol, grasas saturadas y ricos en fibra, vitaminas y minerales contribuyen a un desempeño del cuerpo más equilibrado que reaccionará de mejor forma ante actividades como deporte. No es recomendable eso sí ajustarse a dietas estrictas.

3) *Sueño*: El dormir entre 8 a 9 horas genera en el paciente una restitución cerebral a nivel neuroquímico controlando la tendencia a aceleración, desgaste neuronal y desniveles anímicos.

4) *No consumo de alcohol y drogas*: Estas sustancias generan un aceleramiento de la producción de crisis ya que estimulan de forma negativa el

cerebro por interacción de los fármacos provocando síntomas depresivos y eufóricos más intensos y de mayor durabilidad.

5) *Ambientes tranquilos emocionalmente*: Los ambientes libre de peleas y de buenas relaciones externas de familiares y amigos contribuyen a un menor estrés anímico, el cual fomenta el equilibrio emocional.

6) *Uso de la respiración*: Genera en el paciente buenas instancias para la meditación, relajo de la mente y consciencia del cuerpo. También calman estados anímicos con tendencia a la depresión.

7) *Momentos de ocio y relajación para el paciente*: Cualquier actividad que el paciente tenga como hobby, resulta un buen factor de relajo anímico y tranquilidad para poder prevenir estrés acumulado que podrían desencadenar una crisis, especialmente en momentos de mayor sensibilidad.

8) *Ambientes relajantes y agradables*: Ambientes que cuiden la tranquilidad del paciente por medio de iluminación calmada, espacios acogedores, evitar el exceso de aparatos eléctricos,

promueven el sueño reparador que es una de las fases preventivas más importantes para evitar crisis.

9) *Establecer y aplicar rutinas al paciente*: El aplicar rutinas de actividades, alimentación y órdenes horarios genera en el paciente un orden evidente para evitar crisis.

10) *Consultar al terapeuta como familia*: El aplicar visitas al terapeuta con regularidad fomenta el buen uso de los medicamentos y control de recurrencia de crisis o síntomas.

### **7) Categorías de contenidos finales**

El proceso de etapas previas determinó a modo de conclusión que se debían incorporar 4 ejes de contenido principal sin incluir especificaciones en el tratamiento farmacológico ni temáticas como el suicidio, hospitalizaciones, lactancia, adolescencia, tercera edad y parte lactancia debido a sus niveles de complejidad y profundización.

Es así como los contenidos se dividen en ejes informativos como:

1) *Definición de la enfermedad*: Donde se abordan los contenidos descriptivos de la enfermedad generando su

comprensión como un Trastorno del ánimo de origen genético.

2) *Características*: Que abordan los desencadenantes base de la enfermedad, la clasificación de TAB (I,II y Ciclotimia) junto a la psicoeducación como factor de cercanía emocional con los personajes que se consolidan en este eje.

3) *Tipos de Recaídas*: donde se abordan las 4 fases bipolares conocidas, estados depresivos, hipomaniacos, mixtos y depresivos son abordados por medios de sus síntomas.

4) *Recomendaciones*: Este último ítem por medio de la detección y prevención abarca de forma descriptiva diversos consejos útiles para comprender las crisis.

Estos 4 ejes se abordarán con la aplicación de información técnica básica e información emocional, las cuales buscan la fácil asimilación y aplicación por medio de la cercanía, considerando que nuestro usuario es alguien inexperto y que está en vías de información y no posee herramientas previas para manejar la enfermedad.

# 8

## Antecedentes y Referentes

Los antecedentes y referentes constituyen una parte importante de la búsqueda de inspiración para el proyecto, considerando que estos poseen diversas características que permiten una gama de ideas para un proceso creativo más completo. Los presentes antecedentes y referentes por ende tienen distintos atributos que se mencionan a continuación de forma detallada y que fueron rescatados para el desarrollo del proyecto a nivel conceptual y visual.



ANTECEDENTES

Dentro de los antecedentes considerados para la propuesta se encuentran:



**a) Guía para pacientes y familiares “Conociendo el Trastorno Bipolar”, Ministerio de Salud, 2014.**

Este antecedente psicoeducativo posee un lenguaje cercano y una interfaz atractiva que muestra información fácil de digerir, colores amenos, y una diagramación simple que permite una fácil lectura.

Los capítulos explican los conceptos clave de la bipolaridad de una forma sencilla y acotada, hay uso de diagramas, tipografía legible. También se anexan vivencias personales de algunas personas que han sufrido la enfermedad generando un factor empírico y vivencial.

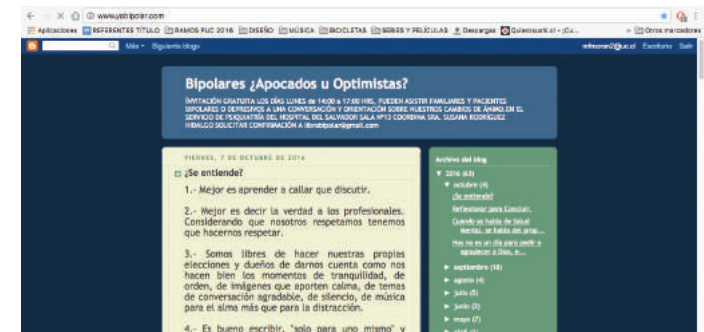


Se rescata de este antecedente un lenguaje cercano y un enfoque informativo centrado en factores descriptivos y preventivos de la enfermedad.

*Sitio Web:*  
<http://www.observatoriodis-capacidadmental.cl/wp-content/uploads/2014/09/guia-conociendo-el-trastorno-bipolar.pdf>

**b) Blog psicoeducativo experiencial de Matilde Mualim**

El blog Psicoeducativo de Matilde Mualim presenta la visión personal de alguien que posee bipolaridad, generando información cercana a partir de



**cial de Susana Rodríguez**

El Blog Psicoeducativo de Susana Rodríguez si bien se ajusta a la interfaz del blog básico y minimalista, provee de forma certera información para paciente y familiares y se vuelve nexo de comunicación y contacto para conocer y asistir a charlas psicoeducativas impartidas por Susana.

Se rescata en este antecedente información experiencial centrada en el autocuidado del paciente.

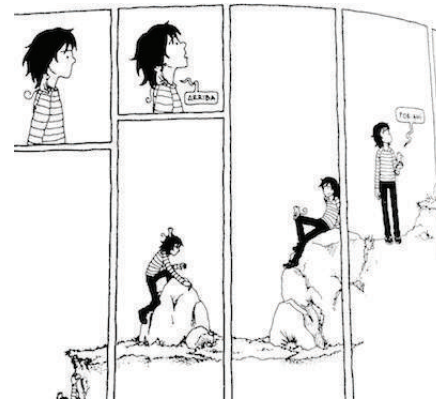
*Sitio Web:*  
<http://www.yobipolar.com/>

la experiencia. El blog rescata diversos tips para comprender la enfermedad desde un punto de vista emocional comprendiendo de forma externa e interna procesos familiares. Éste blog también posee recomendaciones para la familia, muestras poéticas y también la exposición abierta realizada por la autora.

Se rescata cercanía tanto en un aspecto gráfico simple como el uso de texto.

*Sitio Web:*  
<http://matimualim.wix.com/fracciones-del-alma>

**c) Blog psicoeducativo experiencial**



**REFERENTES ILUSTRACIÓN INFORMATIVO-NARRATIVA**

**a) Constitucionario.cl - Referente Ilustración informativa y conceptual**

**País:** Chile

**Año:** 2015

*Descripción:*

Constitucionario es un sitio web y campaña social de difusión desarrollada en Santiago de Chile, la cual busca educar a la población en el correcto uso de conceptos e información que la Sociedad muchas veces no utiliza de una forma correcta al mantener diálogos sobre política y actualidad.

La ilustración es atractiva, interactiva y didáctica y juega un rol importante para el usuario inexperto que busca aprender estos conceptos de forma visual.

*Que se rescata del proyecto:*

De este proyecto se rescata el uso de conceptos complejos que son mal utiliza-

dos a nivel social, y que son expuestas de una forma llamativa, cercana, y clara la cual permite un aprendizaje por medio del juego y el humor. También se rescata que el sitio genera una llamada a la inclusión, integración y no discriminación.

*Sitio Web:* <http://www.constitucionario.cl>

**b) 100 preguntas sobre sexualidad adolescente por Municipalidad de Santiago, Ilustración informativa y conceptual.**

**País:** Chile

**Año:** 2016

*Descripción:*

Este libro digital e impreso fue llevado a cabo por la Municipalidad de Santiago. Éste busca abarcar diversas temáticas sobre sexualidad que existen actualmente en nuestro país. El libro muestra de forma lúdica el uso de información técnico-científica en combinación con ilustraciones digitales y vectoria-

les que utilizan un lenguaje cercano.

*Que se rescata del proyecto:*

Se rescata una forma afable de mostrar la información integrando texto, ilustración y diagramación.

**c) ALOHA de Maco, Ilustración.**

**País:** Uruguay

**Año:** 2012

*Descripción:*

ALOHA es un cómic experimental que potencia el uso de la viñeta y el trazo minimalista para llevar a cabo una historia onírica en donde la protagonista es parte de un sueño en donde cada pequeño evento hace que la historia se vuelva impredecible. Utiliza también un estilo de ilustración gestual que logra con pocos elementos constituir una historia.

*Que se rescata del proyecto:*

Se rescata el trazo minimal, historia de argumento simple, y uso del personaje central como hilo conductor.

*Sitio Web:* <http://www.papelenblanco.com/novela-grafica/aloha-de-maco-un-ensueno-de-comic-experimental>

**d) STGO en 100 palabras, Ilustración narrativa**

**País:** Chile

**Año:** 2001

*Descripción:*

Santiago en 100 palabras es una iniciativa mediática llevada a cabo por Metro de Santiago, fundación Plagio y Minera Escondida que crearon este concurso de cuentos cortos en el año 2001 como una forma acercar la literatura a la ciudadanía. El concurso invita a escribir sobre la ciudad en un máximo de 100 palabras generando escritos que logran insertarse en el espacio público. La idea es generar



pausas literarias en el recorrido cotidiano de los transeúntes, combinando posteriormente ilustraciones diseñadas especialmente para cada cuento para otorgarle una identidad y atmósfera característica.

*Que se rescata del proyecto:*

Uso de atmósfera narrativa, ilustración, y color, para dar a conocer vivencias específicas y cercanas.

*Sitio Web:* <http://www.santiagoen100palabras.cl/2016/>

**e) Toby Allen, Ilustración narrativa**

**País:** U.K.

**Año:** 2015

*Descripción:*

Toby Allen es un ilustrador de Reino Unido que pasó por un período depresivo entre los años 2013-2014. Él en este período tomó la decisión de ilustrar



trar durante el año 2015 los distintos tipos de trastornos psiquiátricos. Este proyecto personal le entrega personajes a las distintas enfermedades mentales, y tiene como objetivo reducir el estigma que rodea la enfermedad mental. También busca educar acerca de las condiciones menos conocidas, de una forma más amable. El trabajo ha aparecido en muchas publicaciones impresas y en línea, tales como TWLOHA y NAMI y la exposición “Alambres grises quebrados” en 2015 en Reino Unido.

*Que se rescata del proyecto:*

Del proyecto se rescata la creación y desarrollo de personajes narrativos para acercar conceptos técnicos.

*Sitio Web:* <http://www.zestydoesthings.com/realmonsters>

**REFERENTES WEB**

**f) El ABC del Socialismo**

**Jacobin Magazine**

**País:** U.S.A.

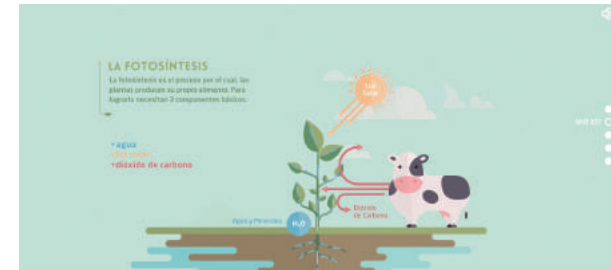
**Año:** 2012

*Descripción:*

Jacobin es una revista online e impresa estadounidense. Es considerada una de las principales voces de la izquierda estadounidense, y ofrece un vistazo a temáticas de la política socialista, la economía y la cultura. La revista impresa se libera trimestralmente y llega a 15.000 suscriptores, además de una audiencia de la web de 700.000 al mes.

*Que se rescata del proyecto:*

Se rescata como plataforma web patrones de usabilidad e interacción con el usuario en donde se consideran desplazamiento, navegación, uso del color e imagen.



*Sitio Web:* <https://www.jacobinmag.com/the-abc-of-socialism/>

**g) CSS Nominado sobre fotosíntesis**

**País:** Argentina

**Año:** 2014

*Descripción:*

Esta web nominada a los premios CSS-WINER fue diseñada por la agencia de diseño JOGO la cual se enfoca en branding y diseño web. La web muestra una narración lineal de corta duración que explica de manera interactiva, el proceso de fotosíntesis para los niños usando colores amenos y textos precisos.

*-Que se rescata del proyecto:*

Usabilidad web simple, cómoda, lúdica y uso ameno de la ilustración y diagramación de información.

*Sitio Web:* <http://www.jogocolectivo.com/demokids/#>

## Desarrollo Guión y Narrativa

9

La definición de conceptos y contenidos recabados a partir de las fuentes bibliográficas y la asesoría de especialistas permitió la elaboración de contenidos definitivos que luego permitieron un recorrido informativo.

Éste a lo largo de esta etapa se abordó por medio de un sistema de estructura narrativa “macro” que aborda un cuento global que sigue un hilo narrativo para profundizar contenidos abarcados desde cuentos en pequeño formato o microcuentos informativos (que poseen un contenido más descriptivo que el microcuento convencional) que abordan información más específica y detallada. Es así como este recorrido de “general a particular” buscaba definir las características del cuento de nivel “macro” a nivel “micro” más acotado a modo de microcuento, para luego ser aplicados en la construcción de un guión.

## NARRATIVA Y DESARROLLO DEL GUIÓN

La narración como recurso literario tiende a abarcar pensamientos, sentimientos, ideas, y puntos de vista que se plasman en personajes, espacio y tiempos de ficción determinados. También es un contenido global que expone elementos como la historia y el discurso.

Chatman (1990) señala que:

*“...cada narración tiene dos partes: una historia (histoire), el contenido o cadena de sucesos (acciones, acontecimientos), más lo que podríamos llamar los existentes (personajes, detalles del escenario); y un discurso (discours), es decir, la expresión, los medios a través de los cuales se comunica el contenido. Dicho una manera más sencilla, la historia es el que de una narración que se relata, el discurso es el cómo”* (p.20).

La narración al estar compuesta de la historia y el discurso posee distintas herramientas para abordar estos recursos. Siendo así, la narrativa puede abordarse por medio de un guión que

se relaciona con un cuento que lo contiene. Es por este motivo que el guión fue utilizado como una herramienta narrativa de unificación, para abordar la utilización del cuento literario narrativo y microcuento informativo-descriptivo junto al relato, que estaba compuesto por los contenidos desarrollados junto a la asesoría de los especialistas por medio de los 4 ejes ya planteados.

Éste guión para generar la cercanía e identificación necesarias para lograr un buen argumento de desarrollo, debía a su vez relacionarse con los distintos contenidos asociados al TAB y con los personajes que pronto se abarcarían desde un punto de vista experiencial y psicológico para representar las fases de la enfermedad. El desarrollo del guión consideró por ende de forma inicial un pequeño estudio y análisis del cuento literario, el cual abarcaría sus diversas características estructurales para luego pasar a una creación de guión con elementos conceptuales determinados

y profundizados. Luego se consolidarías el diseño de personajes y la estructura web que utilizó el guión como eje de construcción base.

### CUENTO COMO RECURSO NARRATIVO PARA LA CREACIÓN DE GUIÓN

El cuento representa una herramienta bastante útil para poder “identificar y acercar” al núcleo cercano del paciente primerizo con TAB desde el punto de vista del paciente a la enfermedad.

En esta se establecen algunos elementos constitutivos dentro de un guión, considerando que sus diversos elementos tienen que ver con el desarrollo del argumento, y determinan también la utilización de características estética visuales cuando éstos son llevados a la práctica gráfico-visual.

Actualmente el cuento es definido como:

Apablaza (2015) expone al cuento conceptualmente como:

*“...una obra literaria de mediana o breve extensión en que se narran o cuentan distintos sucesos que pasan a personajes en un tiempo y espacio definido”* (p.15).

Éste a su vez agrega al microcuento como un posible constituyente del cuento como:

*“obra literaria de brevísima extensión que narra o cuenta uno o varios sucesos que pasan a uno o más personajes en un tiempo y espacio definido”* (p.15).

Siendo así el cuento se constituiría como un macro nivel de información literaria, formado por uno o más microcuentos de brevísima extensión los cuales podrían ser utilizados para abordar parte de los contenidos informativos más sintéticos y específicos.

También el cuento debe poseer la cualidad de establecer una profundización de los 4 ejes de información de

contenidos los cuáles podrían abarcar la información por medio de microcuentos de corta extensión estableciendo al cuento como “*un fruto de numerosas cáscaras que van siendo desprendidas*” (Bosch, 1967, p. 23).

Es así como definiendo un nivel de información a nivel macro que desemboca en pequeños contenidos más específicos es que se estudió sus elementos sumado a un corto análisis de microcuentos chilenos para definir posiblemente el uso de un microcuento narrativo adaptado a contenidos informativos.

### ELEMENTOS DEL CUENTO APLICADOS AL ARGUMENTO

Dentro de los elementos más importantes del cuento se encuentran el narrador, los personajes, el tiempo y el espacio. Dado que la propuesta de guión necesitaba elementos para justificar la búsqueda de cercanía se establecieron algunas características esenciales para abarcar estos cuatro

elementos que se relacionaban directamente con el diseño de relato.

#### **Narrador, personajes y espacio**

El narrador también comprendido como la “voz” que cuenta los acontecimientos, debía ser en primera persona, generando posteriormente un protagonista que fuera un hilo conductor para hilar el cuento macro para posteriormente internarse en sus partes más pequeñas en forma de microcuento. Esto permitiría un punto de vista particular y específico que pudiera acercarse al núcleo cercano del familiar con TAB utilizando la identificación del personaje que presenta el recorrido informativo otorgando su perspectiva y visión de las cosas apelando a la emocionalidad y lenguaje comprensible.

Es así que el uso de un protagonista central y otros personajes principales en primera persona se volvió importante.

Steele (2012) propone que “...es posi-

*tivo que la caracterización de un personaje pueda dar al lector alguna sorpresa. Eso forma parte del juego de la ficción y de lo que tienen las historias de viaje de descubrimiento*” (p. 58).

La trama por ende requiere un protagonista que aborde la trama macro con frecuencia y que defina de forma detallada los contenidos. También es reconocer el personaje protagónico, ya que encarnará al narrador principal por medio de historias lineales pero que funcionarán de forma unitaria.

El espacio también se convertirá en un recurso secundario ya que no será caracterizado en detalle sino que esbozado para darle un real protagonismo a los personajes y a los objetos o contextos que interactúen con ellos de forma simple.

### ANÁLISIS DE MICRO CUENTOS CHILENOS

El análisis de microcuentos chilenos

fue realizado con una visión explorativa para comprender la realidad nacional y la creación de este tipo de cuentos de corta duración. Se revisaron un total de 100 microcuentos publicados en “Cien microcuentos chilenos” (Epple, 2002) que presentaban patrones de construcción los cuales seguían una linealidad y poseían características comunes y representativas.

Éstas fueron:

- ~ Extensión breve, desde una frase de 7 palabras a 2 planas como máximo, (*la cantidad de palabras entra en ese formato*).
- ~ Acontecimientos se presentados de manera sintética.
- ~ Descripción sencilla de los contextos y ambientes.
- ~ Cuento habla de un hecho a la vez.
- ~ Pocos personajes.
- ~ Sigue linealidad la mayoría de las veces
- ~ Presencia del inicio, nudo y desenlace como una unidad lineal.
- ~ Temáticas diversas que abarcan temas técnicos o emocionales desde un punto de vista cercano y emocional.

- ~ Uso de analogía, metáfora, pensamiento interior, emociones, reflexiones, cotidianidad, etc.
- ~ Profundización progresiva de la información y de la historia.
- ~ Se lo destina a verse “visualmente” pequeño.
- ~ Pueden incorporar y dialogar con ilustración e imágenes (se complementan) a diferencia de la novela en donde el texto es lo principal (ej.: *mostrario Santiago en 100 palabras*).
- ~ Narración de una escena, varios microcuentos generan una historia (*dar continuidad a una historia más extensa*).
- ~ Da continuidad a una historia si se hila un cuento en pequeños microcuentos
- ~ Puede combinarse con dibujos que apoyen la “atmósfera”.
- ~ Y presentación de un final interesante, sorprendente o inesperado.

Estas características para el desarrollo de guión otorgaban ventajas diversas para la aplicación de contenidos al cuento macro y a los microcuentos, adaptando el

relato a una estructura narrativa que posteriormente ayudarían en la creación del guión. Algunas observaciones y ventajas del cuento y microcuento fueron:

#### **Cuento:**

- ~ Extensión entre micro cuento y novela le permite a este cuento ser un híbrido entre ambos géneros narrativos
- ~ Puede dividirse en micro-capítulos que pueden llegar a ser microcuentos
- ~ Puede abarcar más personajes
- ~ Su extensión es “moldeable”.
- ~ Podría hablarse en primera persona

#### **Microcuento:**

- ~ Corta extensión, una a dos páginas, información directa.
- ~ Fácilmente asimilable.
- ~ Idea principal desarrollada como hecho relevante.
- ~ Uso de menor cantidad de personajes pero no agrega complejidad la historia.
- ~ Podría hablarse en primera persona.

Estas ventajas permitieron la incor-

poración del microcuento informativo orientado a la entrega de información como un recurso útil para consolidar los niveles de profundización esperados.

#### **ESTRUCTURA DEL GUIÓN GENERAL**

La estructura básica de un guión se basa en una narración con principio, nudo y desenlace. El planteamiento inicial por lo general presenta un problema por parte del narrador. La mayoría de las veces se presenta el principio de la misma y se resuelve en el final de la trama.

En el nudo o desarrollo del conflicto en un texto narrativo por su parte se puede desarrollar el conflicto por medio de las acciones de los personajes y sucesos que ocurren en un espacio y con acciones específicas en una cantidad de capítulos.

El desenlace en un texto es el momento en que se resuelva el conflicto planteado y desarrollado por el autor en el planteamiento del problema y el desa-

rollo de la novela o cuento.

Es así como la premisa del guión se constituye en primera instancia como:

“Florencia como el personajes principal que es una chica con TAB, que ha estudiado y aprendido de su enfermedad y desea de forma altruista explicarla para que más personas se informen y no pasen malos ratos.

Esta protagonista habla del TAB en base a distintos contenidos abarcados en la metáfora de “el parque de diversiones” para ejemplificar a la montaña rusa como la enfermedad y otros juegos del mismo parque como características del TAB que introduce a los TAB I, II y Ciclotimia. Teniendo ya este hilo conductor Florencia aborda temáticas del TAB como la definición, el diagnóstico, causas y genética, desencadenantes y tipos de TABs. Luego menciona las fases y recurre a sus 4 amigos que viven las fases a diario y que fueron conocidos en charlas psico-educativas haciendo un pequeño salto

espacio temporal para introducirse en la charla y presentar el día en que conoció a sus amigos.

Éstos luego de ser introducidos se convierten en narradores en primera persona cuando requieren mostrar las características del cuadro. Así cada uno habla de su historia y lo que es cada cuadro a nivel científico y para cada uno desde su punto de vista personal. Después esto deriva en como el cuadro afecta en la vida de cada personaje generando microcuentos y formas de llevar el cuadro para luego llegar a los contenidos de recomendaciones asociadas a prevención y detección de síntomas que constituyen elementos de ayuda para evitar recaídas”.

El guión pasó por varias etapas de corrección pero el período de Storyboard y creación de los elementos literarios permitió enfocarlo mejor y terminar de definirlo por completo.

## DESARROLLO DE ELEMENTOS NARRATIVOS INCORPORADOS AL GUIÓN

Los elementos desarrollados para la creación del guión contarán con la necesidad de poder relacionarse y justificarse en torno a las características obtenidas durante el levantamiento de información, considerando que el uso de arquetipos permitirá una mejor cerca en informativa con él paciente con TAB y su núcleo cercano. La justificación de elementos se menciona continuación considerando los elementos más importantes y representativos para cumplir las necesidades argumentativas del relato. Éstos elementos pensador con una función social-narrativa para dar a conocer la información fueron:

### **Personaje principal de Florencia:**

Como personaje narrador protagonista-testigo se convierte en un personaje que genera “identificación”, cercanía y una experiencia importante para poder generar el hilo conductor para el desarrollo de la información científica, su introducción y luego para llegar a graficar los cuadros.

### **Montaña Rusa:**

Como símbolo, actúa como una metáfora para mostrar las distintas oscilaciones que sufre el ánimo, considerando que el “afecto”, está asociado a las emociones y a su relación con el ánimo.

También define la profundidad del cuadro y el tipo de características según la forma que tiene cada una, considerando que se plantean tres montañas rusas distintas para hablar de los tres tipos de trastorno bipolar.

Siendo así se genera una semejanza visual entre los gráficos que representan cada trastorno bipolar y la montaña rusa que se adapta a una visualización sencilla de asimilación rápida.

### **Comparación de una persona normal con una persona bipolar a nivel de montaña rusa:**

Recurrir a la metáfora de la montaña rusa también permite comprender una montaña rusa que tiene problemas de infraestructura en el caso del trastorno

bipolar provocado por los distintos gatillantes que generan inestabilidad en relación a ejemplos como falta de frenos, el material sea más resbaloso, haya partes quebradas, etc.

### **Nombres de los personajes, arquetipos de los cuadros:**

Nombres son cortos, fácilmente asimilables para permitir fácil identificación y recordabilidad.

### **Tipos de Familias:**

Los diseños de familias corresponden a distintos arquetipos ya que todas las familias no son iguales, considerando que hay distintos tipos de núcleo familiar en donde el rol de los padres es tomado por los hermanos, los vecinos, los abuelos, los tíos, los primos etc, la idea con esto por ende es abarcar los distintos tipos de familia que se recopilaron en el levantamiento información.

### **Apellidos:**

Se opta por eliminar el apellido ya que



esto permite que no se proceda a identificar a una persona real con el personaje lo cual puede generar incomodidad.

**Edad:**

La edad de los arquetipos se encuentra en el rango de los 18 y 25 años ya que el trastorno bipolar se diagnostica entre ese rango etario.

**Arquetipos, historia de vida, rasgo de personalidad y características del cuadro:**

Se diseñaron cuatro arquetipos de personaje considerando algunas características dentro de levantamiento información y su relación con respecto a las características de cada cuadro. Estas están relacionadas con la historia de vida de cada personaje considerando que el proceso para que se genere la crisis y la enfermedad en sí es un proceso creciente en donde distintos factores son parte de los gatillantes. Siendo así las características personales se relacionan con los cuadros por

medio de la intensificación de algunos rasgos de personalidad que son considerablemente exacerbadados durante los periodos de cuadros pero que quizás son estables en los periodos de eutimia. Por último la trayectoria de vida permite mostrar como se desarrollan los eventos para desarrollar la enfermedad y abarcarla de forma sencilla y no desde un punto de vista dramático.

**Parque de diversiones:**

El parque de diversiones constituye una forma agradable introducir al TAB por medio de una metáfora simple para hablar posteriormente de la montaña rusa.

Siendo así utiliza esta metáfora como una introducción agradable a la enfermedad ya que los parques de diversiones se asocian a colores agradables y espacios de entretenimiento familiares.

**Charlas psicoeducativas:**

Se utilizan como medio de presenta-

ción de los personajes que representan las fases de TAB. A su vez son instancias psicoeducativas amables y protegidas, lo cual genera un elemento de cercanía para el núcleo familiar de pacientes por su acercamiento afable a la presentación de las fases del TAB.

**Trampolín y Paracaídas:**

Ejemplifican la enfermedad de forma analógica permitiendo una fácil entrega de información asociada a estados eufórico (uso del trampolín) y fases depresivas (uso del paracaídas).

**Juegos de parque diversiones:**

Ejemplifican a cada uno de los TABs para luego poder introducir ligeramente a los personajes de las fases, ya que estos también interactúan dentro del parque de diversiones con los juegos. Éstos a su vez se complementan con la utilización de vestimenta durante el capítulo de tipos de TABs para simplificar de mejor forma la introducción de los personajes y que cuadro poseen.

**Personalización de emociones y neuronas:**

Se les otorgan cualidades de humanización, las que permiten entender un desarrollo en progreso ya que se ejemplifican como niños indefensos y otros como niños malcriados.

**Globos de nieve:**

Recurso narrativo infantil asociado a la Navidad y a los regalos, los cuales presentan un factor humano asociado a los recuerdos importantes que establece la memoria en la infancia.

**ADN:**

Recurso técnico-científico para introducir temas relevantes a nivel más específico.

**Monstruos como desencadenantes:**

Permiten comprender que los desencadenantes son elementos que generan miedo y preocupación, se les otorga una identidad simple para poder introducirlos de una forma más amena.

**Utilización de gráficos:**

Los gráficos permiten de forma fácil incluir información comparativa que permita comprender las diferencias unificadas entre los tipos de TABs.

**Consejos útiles de detección de síntomas y prevención de síntomas:**

En estos consejos se abarcan los personajes y vivencias con la familia desde un punto de vista ameno y cercano que incluyen metáforas visuales y utilización de interacción entre los personajes.

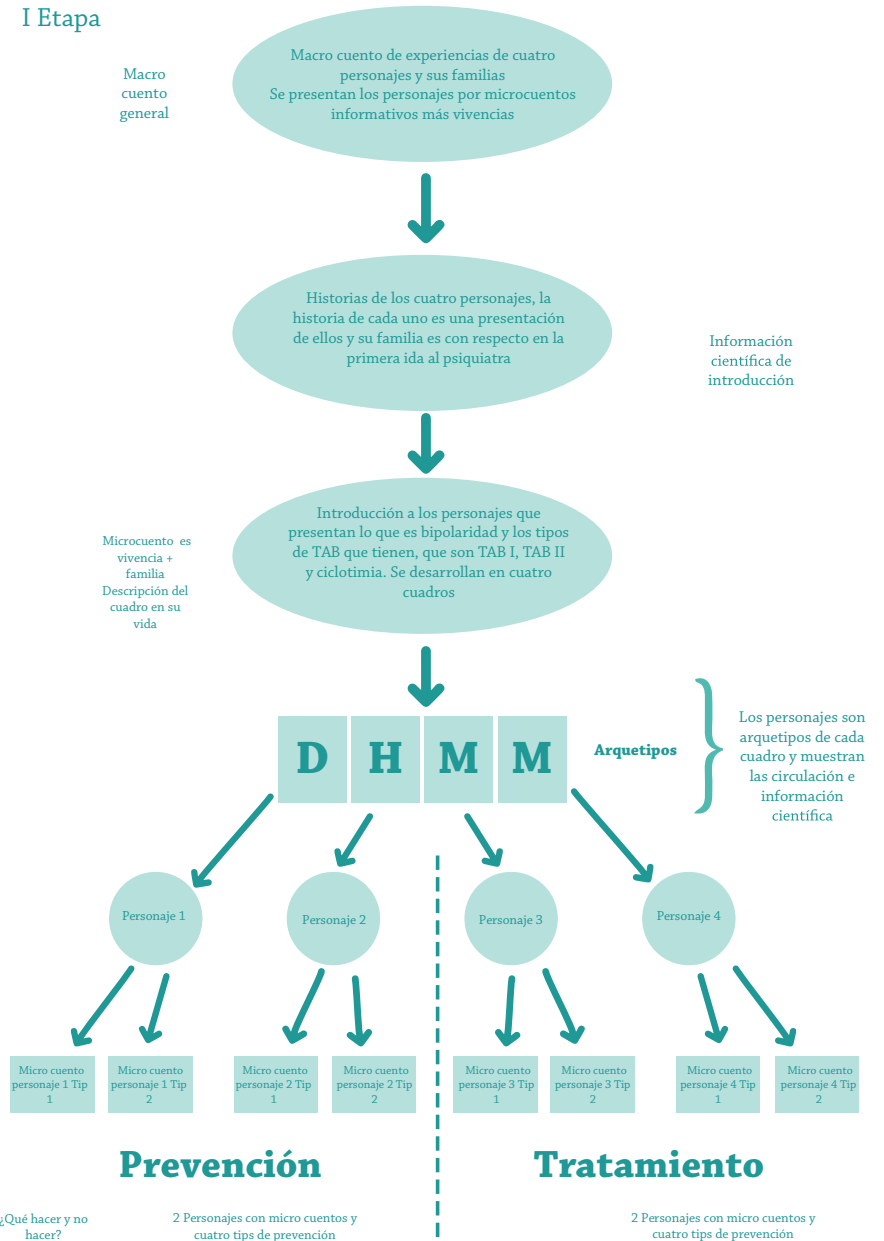
**GUIÓN FINAL**

El guión final se abarcó por medio del storyboard como herramienta de profundización en detalle organizado por imágenes los niveles de información adaptados durante el desa-

rollo del diseño e identidad visual del proyecto permitiendo después su uso y aplicación al sitio web. Esta última etapa permitió dividir los capítulos en los microcuentos informativos en pocos cuadros de imagen simple y central que abarcan ideas principales de cada cuento como puntos clave para luego potenciar como herramientas el uso de ilustración y hacerla visualmente asimilable y continua por medio del hilo conductor inicial que es Florencia, y que logra unificar todas las historias en un gran macrocuento total.

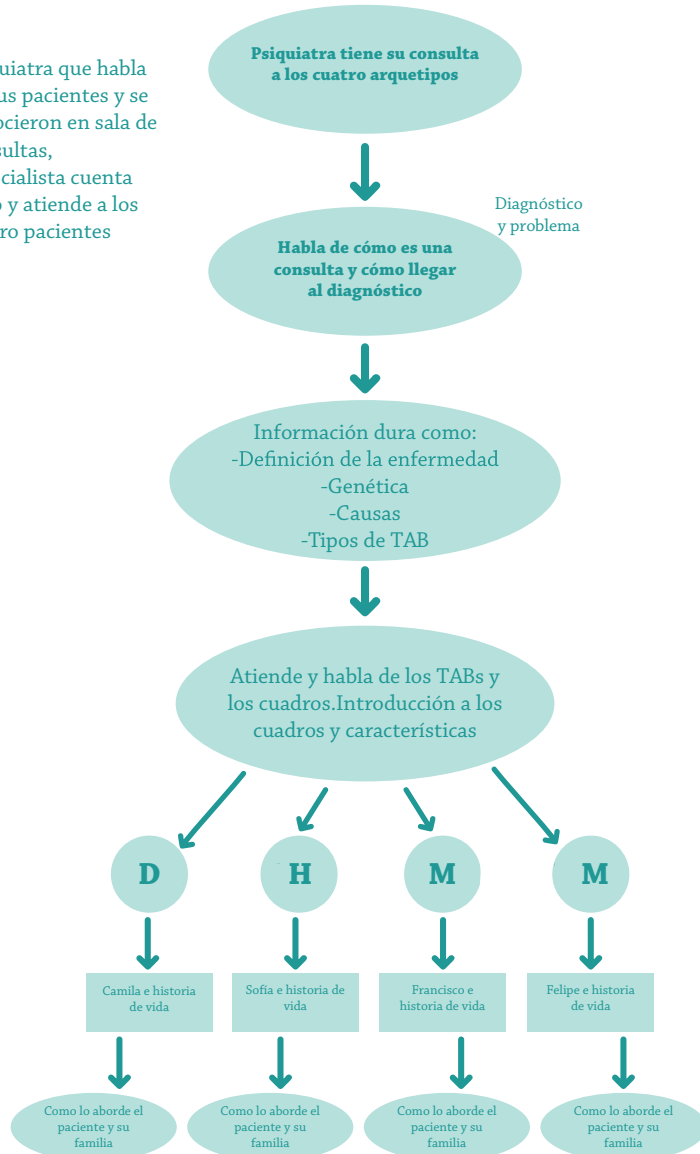
A continuación, algunas vistas de como se armó el guión para darle una coherencia a la historia, y para dilucidar que tipo de crisis abordar, y cual es la información que se debe entregar.

**I Etapa**



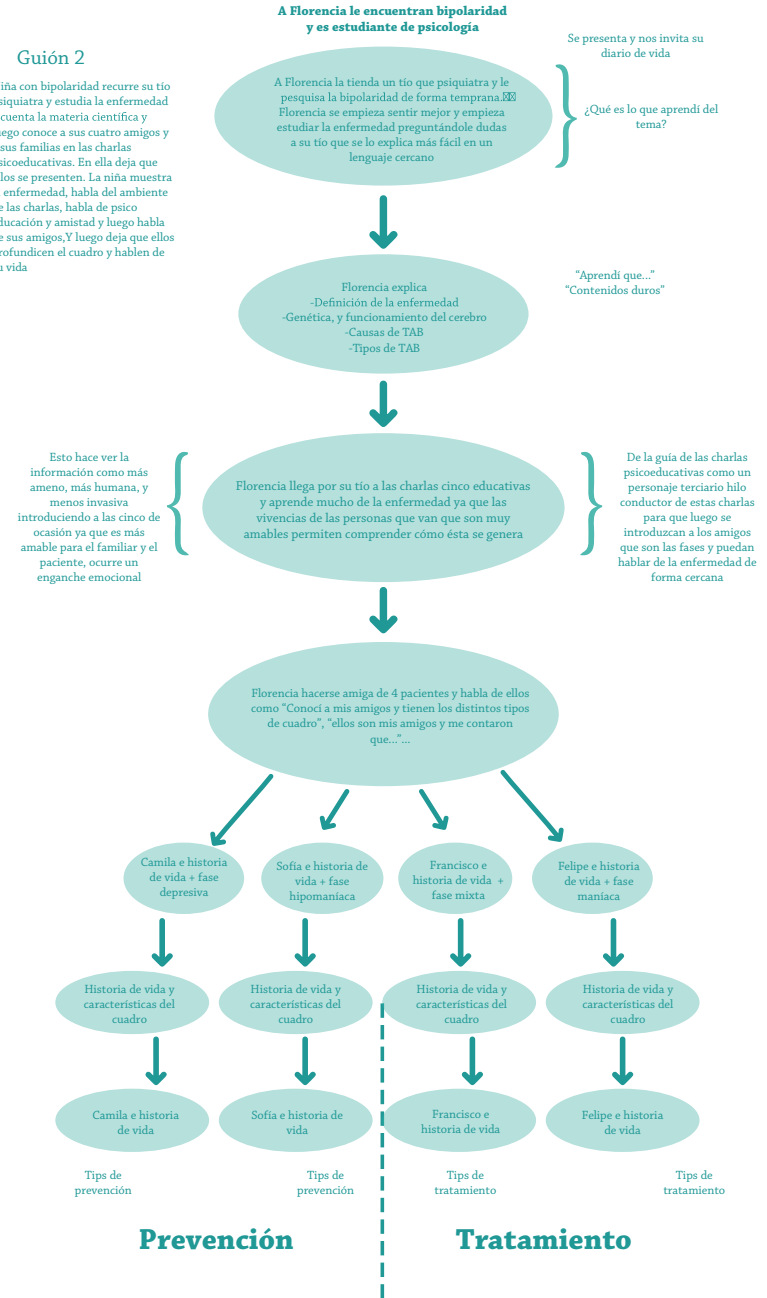
Guión 1

Psiquiatra que habla de sus pacientes y se conocieron en sala de consultas, especialista cuenta todo y atiende a los cuatro pacientes



Guión 2

Niña con bipolaridad recorre su tío psiquiatra y estudia la enfermedad y cuenta la materia científica y luego conoce a sus cuatro amigos y a sus familias en las charlas psicoeducativas. En ella deja que ellos se presenten. La niña muestra la enfermedad, habla del ambiente de las charlas, habla de psicoeducación y amistad y luego habla de sus amigos, y luego deja que ellos profundicen el cuadro y hablen de su vida



# 10

## **Diseño e Identidad Visual**

El proceso creativo del proyecto se inició con una etapa simultánea e uso de moodboard a modo de estudio de ilustraciones aplicables al proyecto y una etapa de referentes visuales que permitieran observar el trazo y diversos elementos gráficos para priorizar un dibujo simple, cercano y atractivo.

**PARTE 1:  
EXPLORACIÓN GRÁFICA DE  
ESTILOS DE ILUSTRACIÓN Y  
TÉCNICA ELEGIDA**



**a) Moodboard como herramienta de búsqueda**

Se decidió utilizar esta metodología para poder establecer tipos de elementos de ilustración que pudieran ser llevados a la práctica y permitieran durante el proceso creativo y los testeos generar observaciones nuevas para el diseño de ilustraciones y los procesos de rediseño. Ésta herramienta también permitió consolidar la búsqueda de referentes que buscaban cumplir con los criterios elegidos en inicio de uso de trazo simple, formas curvas, inocente y cercano, colores pasteles ó enérgicos, simpleza, fácil de hacer por medios digitales o análogos, y cercanía.



**b) Elección de referentes ilustrativos en base a estilos**

Luego ya de definir parte de los criterios de ilustración por medio del uso de moodboards y considerando que los microcuentos inicialmente se pensaron para ser abordados como imágenes centrales dentro de los wireframes, se eligieron referentes de ilustración expresivos y que con el uso del color llamaran la atención.

El proceso de moodboard y de búsqueda de referentes pasó por la etapa de acuarela y uso de trazos sobrecargados que fueron descartados por la necesidad de ilustraciones que debían ser de una producción en serie y en gran cantidad dados los requerimientos del proyecto. También dado que la cercanía también constituiría un factor relevante se ahondó posteriormente en la etapa de creación de personajes un uso cromático atractivo, no usar mucho contexto para privilegiar el dibujo central y simpleza para abordar la aplicación de la información técnico científica. A continuación se abordan los referentes considerando 3 criterios de categorización.

*Referentes Gráficos*

Donde se rescata el trazo minimal, la historia de argumento simple, la identidad y cercanía amable con personajes centrales que actúan en la historia como el hilo conductor. También se incorpora el uso de blanco y colores tenues para resaltar al personajes u objetos alrededor de él.



**a) ALOHA de Maco**

*País: Uruguay  
Año: 2012*

*ALOHA es un cómic experimental que potencia el uso de la viñeta y el trazo minimalista para llevar a cabo una historia onírica en donde la protagonista es parte de un sueño en donde cada pequeño evento hace que la historia se vuelva impredecible. Utiliza una cercanía especial con el lector ya que la historia tiene más contenido gestual que escrito.*

*Sitio Web: <http://www.papelenblanco.com/novela-grafica/aloha-de-maco-un-ensueno-de-comic-experimental>*



**b) Tin Tín**

*País: Bélgica  
Año: 1929*

*Creado por el ilustrador belga George Remi (también conocido como Hergé), se plantea la creación de personajes cercanos, uso de un tipo de ilustración de línea pulcra y contenidos narrativos a partir de historias en distintos contextos espacio-geográficos, que le otorgan al lector un estilo gráfico y narrativo minimalista y poco recargado.*

*Sitio Web: <http://www.tintin.com>*



**c) Crónicas Birmanas**

*País: Canadá  
Año: 2008*

*Creado por el ilustrador canadiense Guy Deslisle, éste plantea el uso de un personaje que se adapta a una nueva cultura en Rangun (Birmania) junto a su familia durante un año. Éste por medio de una ilustración de tipo sencilla y con pocos elementos plasma el estilo de vida, las costumbres y el día a día de los habitantes birmanos generando un factor de cercanía asociado al humor.*

*Uso de Texturas y Color*

Donde se rescata la ilustración con un uso del color y textura como un recurso estético y atractivo por medio de técnicas análogo - digitales.



**d) Rebecca Dautremer - Técnica**

País: Francia

Año: 2014

El trabajo de Rebecca Dautremer crea “atmósferas visuales” e historias, otorgando una mayor estética particular para definir espacios y personajes con una elaboración que requiere de características psicológicas y físicas específicas. Su trabajo abarca cuentos de literatura universal a modo de readaptaciones y también proyectos hecho en conjunto con escritores.

Sitio Web: <http://www.rebeccadautremer.com/>

*Técnica simple y uso de imagen central*

Donde se visualiza una técnica simple de confección, lenguaje amigable e inocente, y utiliza al protagonista de forma centralizada dentro de cada recuadro ilustrativo. También se destacan las viñetas simples con los elementos protagonista, texto y objetos y el uso de color como destacador específico de atención dentro de la imagen.



**e) Me pasa a veces**

País: Chile

Año: 2011

Me pasa a veces es el blog en donde la artista e ilustradora Verónica Rodríguez plasma pensamientos, ilustración y microcuentos en pequeñas viñetas donde se centra en conceptos y les da un vuelco narrativo conciso y lúdico por medio de una imagen central llamativa.

Sitio Web:

<http://www.mepasaaveces.com/>

<https://www.facebook.com/mepasaaveces>



**f) Doodles de Google**

País: USA

Los doodles diseñados por Google son pequeñas imágenes de viñeta única que son mostradas durante fechas importantes en la página inicial del buscador. Las imágenes hacen alegoría en torno a fechas relevantes de cada país, feriados religiosos, fiestas típicas, conmemoraciones políticas, etc.

Sitio Web:

<https://www.google.com/doodles/?hl=es-419>



**g) “María yyo” por caricaturista Miguel Gallardo**

País: España

Año: 2007

Este ilustrador ha logrado plasmar de forma literaria a muchos niños con autismo, especialmente abarcando su propia experiencia personal como padre. Su trabajo se vuelve de cierta forma Psicoeducativo de una forma empática, emocional, y narrativa.

Sitio Web:

<http://www.miguel-gallardo.com/>



**Figura 7**  
Texturas rescatadas de elementos cotidianos, para utilización en el proyecto.

El proceso rescató de cada estilo, características útiles como el uso de trazo simple, utilizar la identificación de un personaje central, y la incorporación del uso de ilustración digital análoga (*hecha de modo manual y digitalizada posteriormente*).

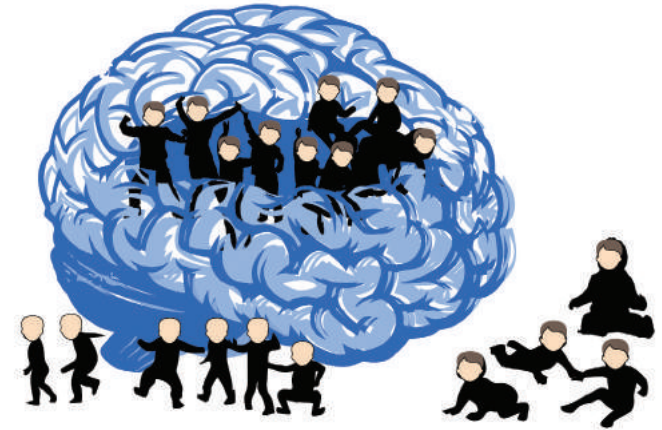
**c) Ilustración digital y técnica elegida**

*Ilustración vectorial y uso de textura*

Luego de la búsqueda de referentes visuales, la primera instancia para estudiar una técnica de ilustración

fue de la mano con el diseño del personaje principal, la cual en sus primeros bocetos análogos presentó problemas en el mantenimiento de características del rostro.

Esto genera el acercamiento a las técnicas digitales posteriores a la digitalización que poseen la ventaja de traspasar una base análoga a un recurso vectorial de producción en serie considerando el volumen de ilustraciones necesarios para el proyecto.



**Figura 8**  
Construcción en base a uso de siluetas y anexos.

Esta técnica que permitía ahorrar tiempo, permitió una segunda fase de ilustración a partir de lo análogo y que incorporó un sistema “puzzle” y uso de silueta vectorial como una forma de utilizar partes del cuerpo sectorizados como distintas plantillas a ser intercambiables. Se crearon para ello también bibliotecas de elementos, como manos, cabezas, vestimentas, poses, etc.

Luego de tener esta etapa a nivel plantilla inicial ya resuelta, el diseño

de personajes se adaptó a la utilización de ilustración digital permitiendo el uso de colores planos, y distintos retoques a partir del color.

También el proceso incorporó la textura como un elemento clave generando la identificación de cada personaje por medio de la vestimenta permitiendo un reconocimiento y enganche visual atractivo y colorido junto al uso de retoques y sombras.



**Figura 9**

Parte del proceso de traspaso análogo a digital (cabeza Florencia).

**Figura 10**

Pruebas para desarrollo de personaje

**Figura 11**

Desarrollo del personaje de Florencia a nivel de croquis, para estudio de poses.

## PARTE 2: DESARROLLO Y PROCESO DE CREACIÓN DE PERSONAJES Y ELEMENTOS

La parte más importante dentro de las primeras etapas constituyó el diseño de personajes y sus elementos, ya que se estudió el uso de texturas para otorgar cierta identidad a los personajes por medio de la vestimenta y también generar un atractivo visual asociado a colores que exploraban una conceptualización muy básica de las emociones de los personajes para darles un elemento de cercanía.

### **Florencia como indicador visual inicial**

Dado que la creación de Florencia fue un elemento muy importante durante esta etapa ya que represen-

taba el hilo conductor del relato para conocer los cuadros bipolares que son sus amigos cercanos, se optó por establecer la unificación de la búsqueda de estilo, los referentes elegidos y la técnica dispuesta. Florencia se convirtió por ende en un indicador de búsqueda de estilo y pasó por distintas pruebas gráficas antes de elegir a la Florencia definitiva.

Luego de definirla por medio un proceso de bocetos explorativos, se utilizaron los recursos digitales estudiados para luego ser aplicados a la creación de personajes de forma unitaria y global para darle a todos una identidad unificada a nivel gráfico.

**Diseño de personajes y elementos narrativos**

Éste proceso de construcción, se adaptó a los personajes sin utilizar etapa de croquis análogo utilizando el mismo procedimiento por etapas, el cual también fue aplicado a los elementos narrativos visuales elegidos como parte del guión.

La textura como elemento de identificación y caracterización de los personajes fue importante, dado que todos utilizaban el mismo sistema de construcción de rostro el cual poseía pocos elementos diferenciadores para lo que también se utilizó el pelo como un recurso de identificación por medio de la textura.

Los personajes principales asociados a los cuadros, fueron desarrollados de acuerdo a distintos perfiles que incluyen un nombre realista para fácil identificación, edad, tipo de TAB e historia de vida lineal conformada por recuerdos puntuales, los cuales permiten entender el porque se producen las primeras crisis en cada uno de los casos.

Los personajes y principales elementos junto a Florencia se constituyeron por los siguientes:



FLORENCIA

**Personaje 1: Florencia**

*Edad: 22 años*

*Nivel: TAB II*

*Familia: Madre preocupada.*

*Personalidad:*

Florencia es una chica bastante alegre, que disfruta de actividades como cocinar postres, nadar, coleccionar estampillas y escribir poemas. Luego de conocer su diagnóstico de TAB

buscó la manera de poder comunicarlo ya que es una persona altruista.

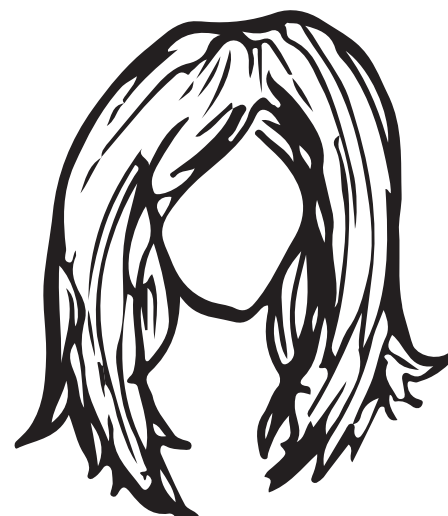
*Relación con familia:*

Florencia es cercana a su madre en la cual confía, esto se infiere en la relación que se genera en el capítulo de los desencadenantes en donde la madre es una acompañante en la consulta con el especialista, la cual aparece en escena en más ocasiones

a diferencia de los demás familiares de los otros personajes principales.

*Historia personal:*

Florencia no desarrolla su historia de vida con la misma profundidad que los otros personajes ya que su finalidad es poder generar un hilo conductor para el relato, de manera que el foco de atención sean los cuentos que protagoniza.



## CAMILA

### **Personaje 2: Camila**

*Edad: 22 años*

*Nivel: TAB II*

*Tipo de Cuadro: Depresivo*

*Familia: Abuelos preocupados, padres a distancia y hermano protector.*

#### *Personalidad:*

Camila es una chica bastante tímida, amable y con dotes artísticos innatos. Fue criada en un ambiente familiar bastante amable pero debido a su timidez no ha desarrollado correctamente

habilidades sociales de interacción a diferencia de su hermano Alex.

Le gustan los museos, leer y pintar al óleo y por motivos de estudios viaja desde Punta Arenas con su hermano a Santiago, aunque le parece una ciudad bastante impersonal.

#### *Relación con familia:*

Camila posee una buena relación familiar aunque sus padres estén lejos. Éstos la apoyan al igual que su hermano y sus abuelos.

Sus abuelos son inexpertos en el tema de la enfermedad y reaccionan de forma preocupada y desinformada.

Tiene excelente relación con su hermano, el cual fue el primero en notar la crisis luego de su quiebre amoroso y sus primeros meses universitarios.

#### *Historia Personal:*

Camila nació en Punta Arenas y cuando pequeña no logró adaptarse de forma correcta a su entorno por lo que sus padres la cambiaron de colegio 3

veces porque sus compañeros la molestaban por ser retraída.

Camila siempre fue cercana a las artes y después de tomar cursos de pintura se perfeccionó. En uno de estos cursos conoció a su pololo, el cual la apoyó hasta que ella tuvo que viajar por estudios a Santiago. Al llegar a Santiago junto a su hermano comienza un período de tristeza por su quiebre amoroso y un día fuera de la universidad sufre un asalto que gatilla la crisis.



SOFÍA

**Personaje 3: Sofía**

Edad: 18 años

Nivel: TAB II

Tipo de Cuadro: Hipomaniaco

Familia: Padres proveedores y ausentes

*Personalidad:*

Sofía es una chica que busca hacer las cosas de una forma perfeccionista, es trabajólica, alegre, carismática, acelerada y muy autorreferente.

Salta entre distintas actividades que realiza como cursos de inglés y

quechua, lenguaje de señas, gimnasia aeróbica, ver telenovelas turcas entre otras. Le gusta llamar la atención por sus logros académicos. Es habladora y graciosa pero durante su primera crisis no tomó consciencia de su aceleración.

*Relación con familia:*

Sofía al tener padres algo ausentes se ha centrado en hacer amigos más que en conocer a sus padres que no tienen suficiente tiempo para ella. Sus padres son preocupados pero no muy afec-

tuosos. Sus padres notan el inicio de la crisis cuando ya los síntomas se manifestaron en Euforia hipomaniaca.

*Historia Personal:*

Sofía es hija única, es esforzada y siempre busca como llamar la atención por sus logros académicos y actividades varias. Vivió criada por su nana Ana ya que sus padres eran muy trabajólicos y no podían cuidarla de forma completa. Toda su infancia estuvo llena de regalos ya que sus padres buscaban remediar

la situación de “papás ausentes” de una forma material.

Se volvió una persona egocéntrica, envidiosa y competitiva, que con sus logros busca aprobación de su entorno y lográndolo se siente conforme. Luego de esforzarse por sus notas, la primera crisis de aceleración y estrés producto de la prueba de ingreso a la universidad le genera la primera crisis hipomaniaca.



## FRANCISCO

### **Personaje 4: Francisco**

*Edad: 32 años*

*Nivel: Ciclotimia*

*Cuadro: Mixto*

*Familia: Padre hostil, familia ausente, vive con un primo cercano y un amigo de toda la vida.*

#### *Personalidad:*

Francisco es una persona esquivada y hostil que siempre se anda defendiendo de su entorno. Es trabajólico y se enfoca en su empresa ya que es una forma de sentirse mejor en comparación con su padre.

No es una persona afectuosa y es

exigente y con tendencia a estar malhumorado producto de la ciclotimia que no había notado antes. Cuando logra relajarse su estado anímico mejora y se torna más bondadoso y abierto al diálogo. Es cerrado a sus ideas, y tiene gustos escondidos como escuchar música clásica y comprar novelas de ficción.

#### *Relación con familia:*

Su Padre es hostil y lo trató de forma dura durante casi toda su vida, ambos no se soportan y compiten todo el tiempo.

Sus hermanos y madre son lejanos desde que se fue de la casa para irse

a vivir con su mejor amigo de colegio e infancia, Maximiliano, y su primo Gerardo. Quiebre amoroso reciente.

#### *Historia Personal:*

Francisco es el hermano mayor de una familia machista en donde su padre le exigió siempre una mayor responsabilidad por ser el hermano mayor de la familia y un ejemplo para el resto de sus hermanos.

El padre le exigió mucho y eso generó que ambos pelearan; parte de esa pelea, fue por la idea de la creación de una empresa aparte de la del padre.

Debido a ésta y a las malas relaciones con su padre, se fue a vivir solo en comienzo, pero al corto tiempo se sumaron su amigo Maximiliano y su primo Gerardo.

Tuvo recientemente un quiebre amoroso importante producto de la ciclotimia lo cual hace que se acerque al alcohol. Su ánimo empeora y se vuelve un jefe complicado, envidioso de su amigo de colegio más exitoso que él y está cansado de “mantener la apariencia”. Luego de pelear con su primo y su amigo mientras está en crisis mixta se funde luego en un estado anímico deplorable.



FELIPE

**Personaje 5: Felipe**

*Edad: 29 años*

*Nivel: TAB I*

*Cuadro: Maníaco*

*Familia: Familia poco observadora y polola protectora.*

*Personalidad:*

Felipe es una persona alegre, trabajóica e inquieta a la que le gustan los deportes extremos. Tiende a tener mala memoria cuando se estresa y es un amante del aire libre y los espacios

abiertos. Tiende a la aceleración con facilidad cuando no le resultan las cosas planeadas y es tiene carácter bastante agradable cuando no está en Euforia. Le gusta reír, viajar, el atletismo y conocer lugares nuevos.

*Relación con familia:*

Buena relación con su familia conformada por ambos padres y 3 hermanos. La familia reacciona de forma tardía ante la primera crisis a diferencia de la polola que la nota de forma inmediata.

*Historia Personal:*

Felipe siempre destacó en el colegio y se preocupó solo de estudiar y de sus notas para obtener buenas becas y estudiar algo que le diera satisfacción y reconocimiento laboral. Al entrar al instituto gracias a sus méritos hace amigos y se vuelve “carretero” y prueba estimulantes en exceso y alcohol. Se titula con honores y luego de obtener un trabajo lo ascienden a los pocos meses aumentando su carga de trabajo que hace que su calidad

del sueño empeore y su estrés aumente. En la primera crisis se vuelve comprador compulsivo con lo cual su polola le dice a su familia que hay un inicio de manía.

*Otros personajes:*

Los demás personajes correspondieron a familiares y contaron con un proceso simple sin ser profundizados mayormente en características psicológicas ya que eran secundarios dentro de la trama.

**PARTE 3:  
STORYBOARD Y ADAPTACIÓN  
DE GUIÓN**

**Storyboard**

El Storyboard contó con el desarrollo de las historias en agrupación por botones trabajados de forma consecutiva de acuerdo a cada uno de los ejes desarrollados a nivel de contenido, incorporando a los personajes.

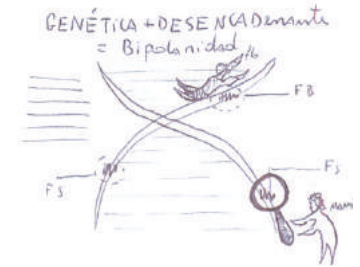
A continuación, se muestran visualizaciones del guión.



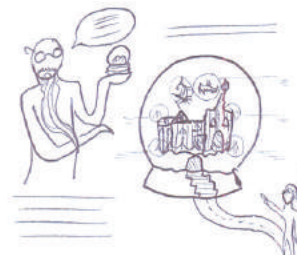
**Qué es Bipolaridad**



**Montañas Rusas del Ánimo**



**Desencadenantes - Genética**



**Desencadenantes**



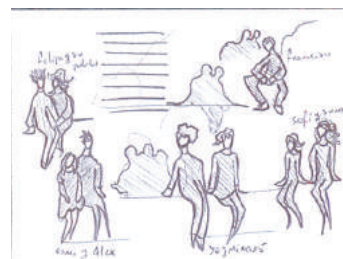
**Desencadenantes - Diagnóstico**



**Tipos de TAB**



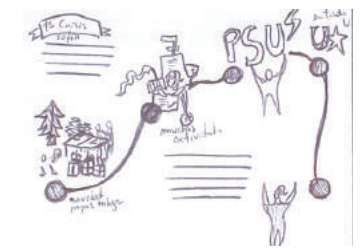
**Inicio - Bienvenida**



**Fases Psicoeducación**



**Camila - Cuadro Depresivo**



**Sofía - Cuadro Hipomaniaco**



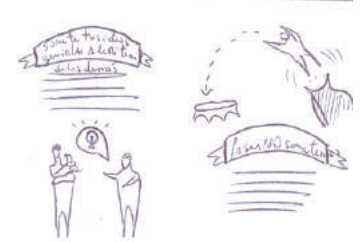
Francisco - Cuadro Mixto



Felipe - Cuadro Maníaco



Detectar Síntomas Depresivos



Detectar Síntomas Eufóricos



Apoyo Familiar



Hábitos Saludables - Menú



Hábitos Saludables



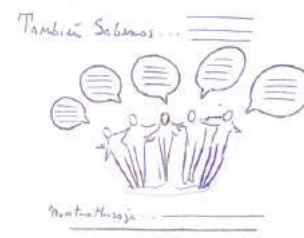
Técnicas de Relajación



Comprensión Familiar



Consejos Útiles



Información y Datos



Glosario



## PARTE 4: IDENTIDAD VISUAL DE MARCA

### 1) Naming y Slogan

El nombre pasó por 5 etapas según la creación y perfeccionamiento del logo, a diferencia del slogan, “Plataforma psicoeducativa sobre Bipolaridad”, que fue considerada desde sus inicios como parte de este para dar a entender la esencia y definición del proyecto.

### 2) Logo

El proceso de creación del logo e identidad visual para el desarrollo de la marca, se conformó por cinco etapas conceptuales interactivas en un proceso lineal, utilizando el croquis y el diseño vectorial digital como recurso ilustrativo del proyecto.

El inicio de estas etapas se caracterizó por un concepto técnico - educativo que evolucionó a un logo lúdico, colorido y que al final optó por tener dos aplicaciones, una minimalista fácilmente recordable y una digital que utilizará el recurso de la textura como enganche visual ya estudiado. Las etapas de creación del logo fueron 5:



#### a) BIPOEDUCA:

Este etapa de creación inicial utilizó el concepto de ampolleta y luminaria haciendo mención al que uno aprende las cosas y “se le ilumina la ampolleta por cachativa”. Se pensó con el recurso de dos colores e incluyo dos variaciones que mostraron el recurso del cerebro como base del conocimiento y otra al cerebro como creador de conocimientos artístico por medio del hemisferio derecho y conocimiento matemático por parte del lado izquierdo. Se descartó por ser excesivamente técnica.



BIPOEDUCA



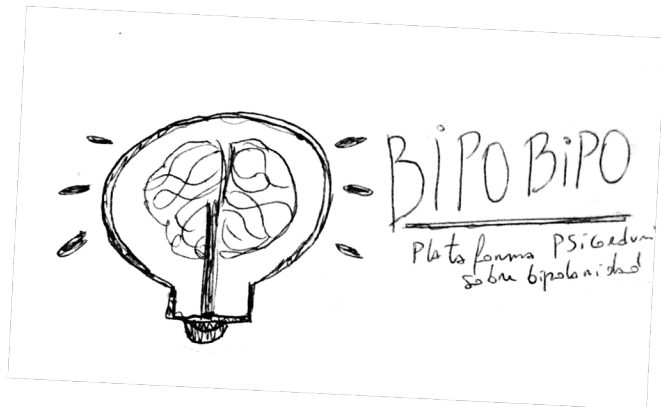
BIPOEDUCA



BIPOEDUCA



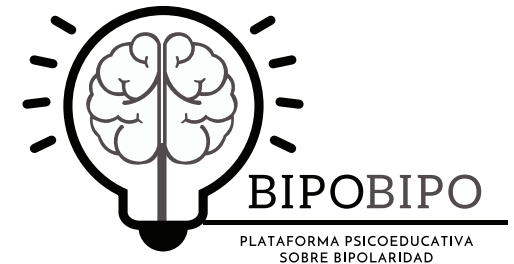
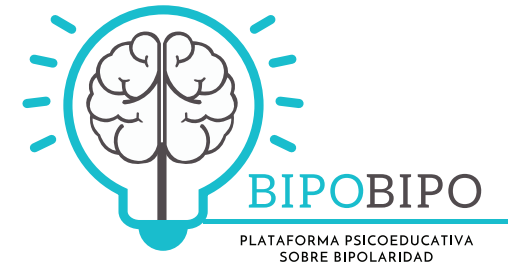
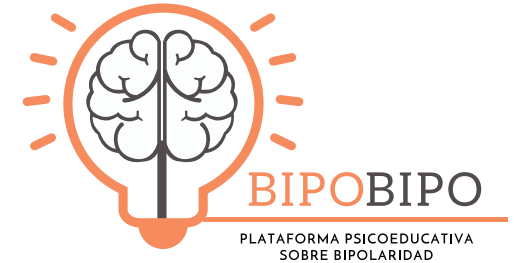
BIPOEDUCA

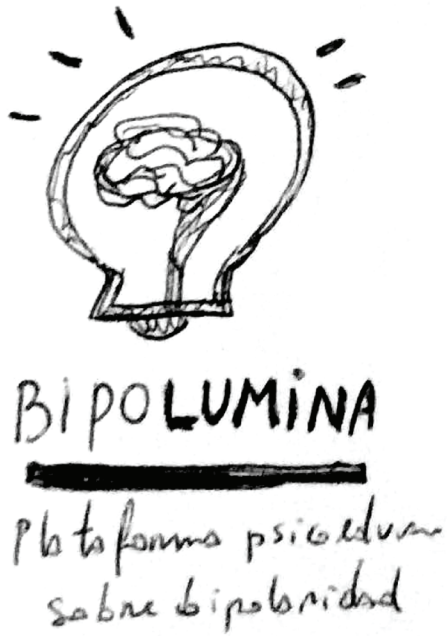


b) BIPOBIPO:

Esta etapa de creación posterior rescató el concepto de la ampollita y utilizó su versión minimalista conservando los mismos colores de prueba. También fue descartada por ser excesivamente técnica.

La tipografía utilizada en este logo es la tipografía ALÉO.





c) BIPOLUMINA:

Esta etapa rescató el concepto de ampollita y utilizó el cerebro de forma estética. A pesar de un buen funcionamiento en blanco y negro y a dos colores fue descartada por su complejidad a primera vista.

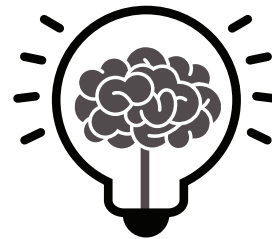
La tipografía utilizada en este logo es la tipografía ALÉO.



BIPOLUMINA



BIPOLUMINA



BIPOLUMINA



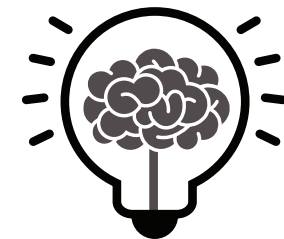
BIPOLUMINA

PLATAFORMA PSICOEDUCATIVA  
SOBRE BIPOLARIDAD



BIPOLUMINA

PLATAFORMA PSICOEDUCATIVA  
SOBRE BIPOLARIDAD



BIPOLUMINA

PLATAFORMA PSICOEDUCATIVA  
SOBRE BIPOLARIDAD



Plataforma Psicoeducativa  
sobre Bipolaridad



Plataforma Psicoeducativa sobre Bipolaridad



Plataforma Psicoeducativa  
sobre Bipolaridad



Plataforma Psicoeducativa  
sobre Bipolaridad



Plataforma Psicoeducativa sobre Bipolaridad



Plataforma Psicoeducativa sobre Bipolaridad



Plataforma Psicoeducativa sobre Bipolaridad



Plataforma Psicoeducativa sobre Bipolaridad



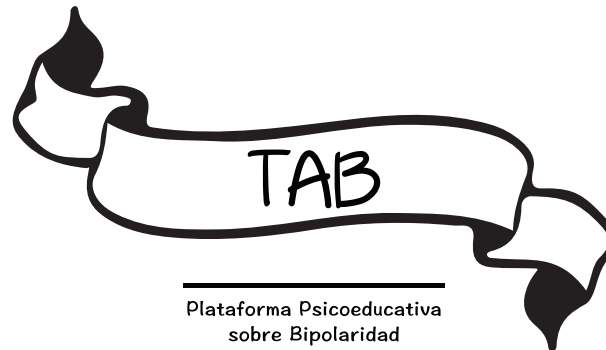
Plataforma Psicoeducativa sobre Bipolaridad

d) APRENDAMOS SOBRE TAB:

Esta etapa rescató a Florencia como un recurso acogedor y cercano y permitió un mayor uso de tipografías y recursos vectoriales.

Aparte de utilizar a Florencia, se utilizó diversos recursos más esquemáticos asociados al concepto de parque de diversiones como metáfora narrativa; luego el uso del listón permitió un desarrollo más minimalista, conservando el slogan y el título “Aprendamos sobre TAB” como Naming.

Se descartó por la complejidad al ser impreso en pequeños formatos.



Plataforma Psicoeducativa  
sobre Bipolaridad



Plataforma Psicoeducativa  
sobre Bipolaridad



Plataforma Psicoeducativa  
sobre Bipolaridad



TAB

Plataforma Psicoeducativa  
sobre Bipolaridad

e) TAB:

La última etapa desarrolló un logo que rescata el concepto de TAB como algo sintético y simple, se optó por recurrir a colores cercanos y utilizar el logo para dos formatos distintos, el web que es más atractivo visualmente incorporando a la personaje principal y el sintético para ser aplicado en impresos de forma simple.

La tipografía utilizada es YELLY sin uso de licencia pagada y para el título inferior la tipografía Reem Kufi utilizada también en la plataforma web.





Plataforma Psicoeducativa  
sobre Bipolaridad



Plataforma Psicoeducativa  
sobre Bipolaridad

### 3) Cercanía: Protagonista Como Enganche Visual

Dado que los elementos visuales de la identidad de marca debían ser atractivos y cercanos para ser utilizados en la plataforma web, se pensó utilizar a la personaje principal de Florencia, como una forma de otorgar el uso del color, cercanía, identificación y una visibilidad atractiva. También la gama cromática presentó diversos cambios ya que el proceso del logo pasó por una primera etapa visual educativa y técnico científica y terminó por ofrecer una propuesta visual atractiva y cercana.



Plataforma Psicoeducativa  
sobre Bipolaridad



Plataforma Psicoeducativa  
sobre Bipolaridad



Plataforma Psicoeducativa  
sobre Bipolaridad



Plataforma Psicoeducativa  
sobre Bipolaridad

Yelly  
 ABCDEFGHIJKLMNOPQRSTUVWXYZ  
 abcdefghijklmnopqrstuvwxyz  
 0123456789 1 7 - a

*Mostrario de Tipografía YELLY para textos, números y caracteres.*

#### 4) Tipografía

Las fuentes tipográficas para el proyecto de forma final fueron YELLY por su carácter dinámico e ilustrativo, y para el slogan inferior Reem Kufi por su seriedad y construcción tipográfica.

*Visualización de tipografías utilizadas:*  
 YELLY  
 REEM KUFi

ABCDEFGHIJKLMNOPQRSTUVWXYZ  
 abcdefghijklmnopqrstuvwxyz ء و ي ه و ا ب ج ح خ د ذ ر ز س ش ص ض ط ظ ع ف  
 ١ ٢ ٣ ٤ ٥ ٦ ٧ ٨ ٩ ١٠ ١١ ١٢ ١٣ ١٤ ١٥ ١٦ ١٧ ١٨ ١٩ ٢٠ ٢١ ٢٢ ٢٣ ٢٤ ٢٥ ٢٦ ٢٧ ٢٨ ٢٩ ٣٠ ٣١ ٣٢ ٣٣ ٣٤ ٣٥ ٣٦ ٣٧ ٣٨ ٣٩ ٤٠ ٤١ ٤٢ ٤٣ ٤٤ ٤٥ ٤٦ ٤٧ ٤٨ ٤٩ ٥٠ ٥١ ٥٢ ٥٣ ٥٤ ٥٥ ٥٦ ٥٧ ٥٨ ٥٩ ٦٠ ٦١ ٦٢ ٦٣ ٦٤ ٦٥ ٦٦ ٦٧ ٦٨ ٦٩ ٧٠ ٧١ ٧٢ ٧٣ ٧٤ ٧٥ ٧٦ ٧٧ ٧٨ ٧٩ ٨٠ ٨١ ٨٢ ٨٣ ٨٤ ٨٥ ٨٦ ٨٧ ٨٨ ٨٩ ٩٠ ٩١ ٩٢ ٩٣ ٩٤ ٩٥ ٩٦ ٩٧ ٩٨ ٩٩ ١٠٠  
 3 4 5 6 7 8 9 0 | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 1 0 . ' ? ' " ! " ( % ) [ # ] { @ } /  
 & < - + ÷ × = > ® © \$ € £ ¥ ¢ ; , . \* ? , ! | | | | |

*Mostrario de Tipografía REEM KUFi para textos, números y caracteres.*



PANTONE 1777C  
RGB 240/97/114  
HEX/HTML F06172  
CMYK 0/77/41/0



PANTONE 7473C  
RGB 40/157/157  
HEX/HTML 157289C9D  
CMYK 77/19/40/1

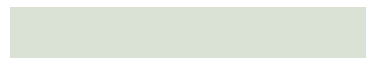


PANTONE 7475C  
RGB 48/811/62  
HEX/HTML 3051A2  
CMYK 91/78/0/0

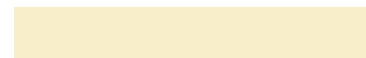
### 5) Gama Cromática

Dentro de la gama cromática se consideró una paleta de colores cercanos utilizados durante el proceso de diseño web.

El rosa fue descartado por su carga femenina y se optó por el azul y el verde como posibilidades que se replantearían durante el desarrollo web.

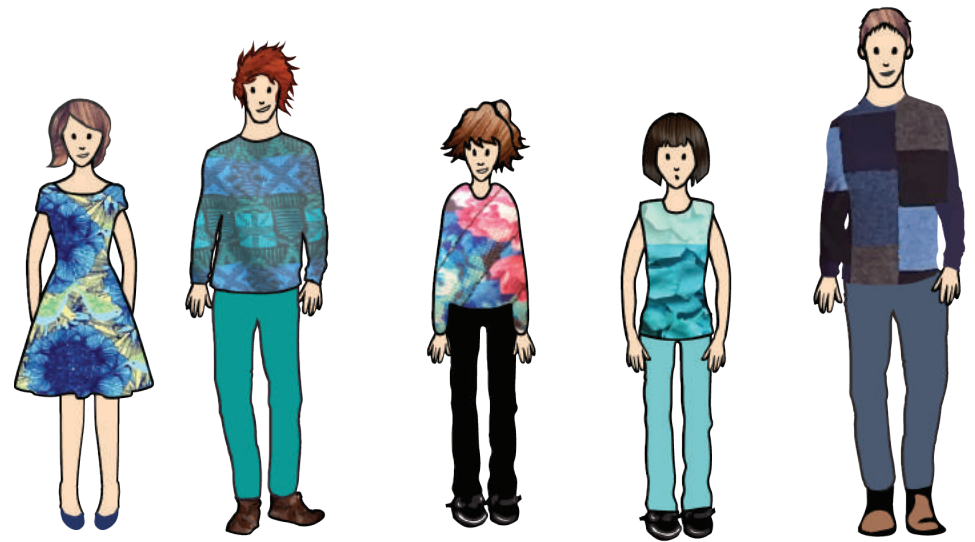
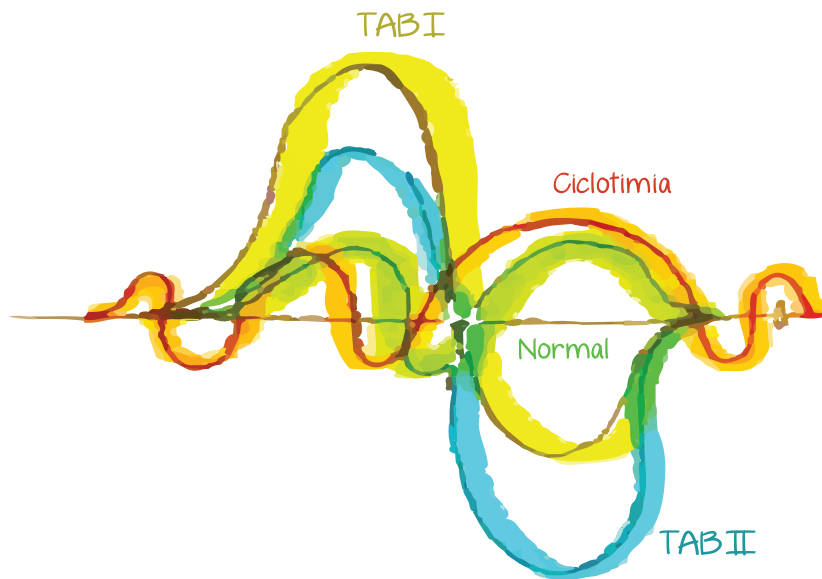


PANTONE 621C  
RGB 216/224/211  
HEX/HTML D8E0D3  
CMYK 14/5/16/0



PANTONE 7499C  
RGB 247/234/201  
HEX/HTML F7EAC9  
CMYK 2/5/23/0





## PARTE 5: VISUALIZACIONES

Aquí podremos apreciar, una selección de algunas imágenes utilizadas en el proyecto.

Estas imágenes están trabajadas a nivel vectorial con texturas, luces y sombras, para dar mayor aporte gráfico a éstas.



# 11

## Desarrollo Plataforma Web

El proyecto consideró desde sus inicios medios digitales para su implementación, considerando los problemas de accesibilidad del material psico-educativo y su bajo rango de difusión. Es por eso que el proyecto se orientó con esta finalidad.

Se optó primeramente revisar conceptos asociados a la web a modo de “inmersión”. Primero porque era necesario conocer los conceptos para poder abordarlos de buena manera y segundo, porque el conocimiento sobre la web en primera instancia era algo desconocido.

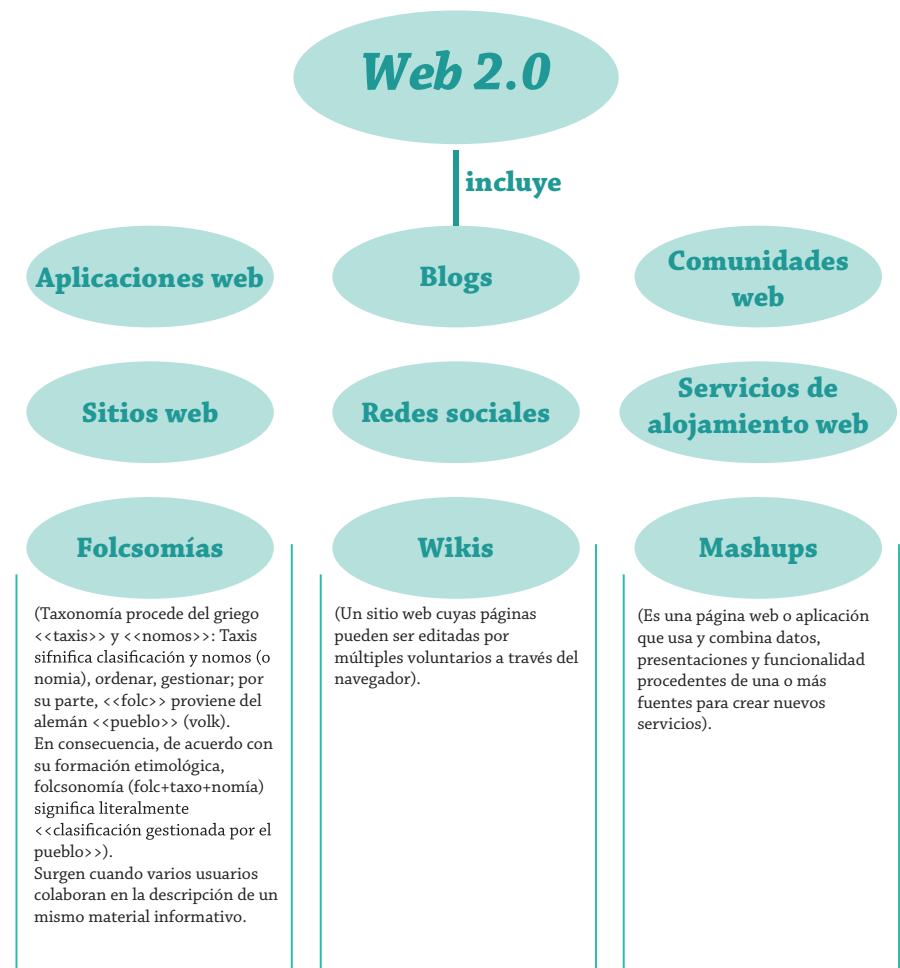
El primer concepto que fue revisado para poder generar la entrada a los conceptos fue el concepto de Web 2.0 a nivel introductorio y reflexivo entorno a lo “estático” y “dinámico”. Luego de esta primera inmersión se abordaron más conceptos y comenzo un proceso de construcción en base a la unificación de las temáticas del contenido psicoeducativo, del guión escrito aplicado a la creación de los cuentos, y los slides o recuadros con las imágenes principales de cada cuento-capítulo informativo. Se utilizó para este motivo el Card Sorting o sistema de orden por recortes luego

de revisar los primeros conceptos como Wireframe (*esquema visual para ver el “esqueleto web”*), html (*lenguaje web para estructurar y presentar contenido web*), CSS (*lenguaje digital para utilizar hojas de estilo en cascada*) y JavaScript (*incorpora animaciones*) que constituyeron los primeros conceptos de acercamiento base a ahondar junto a la Web 2.0 (*a modo reflexivo*).

### REPLEXIÓN SOBRE WEBS “ESTÁTICAS” V/S “DINÁMICAS”

La Web 2.0. representó un pequeño apartado reflexivo dentro del proyecto ya que el sitio web en comienzo se pensó de forma “estática-aislada” a menos que se incluyeran métodos de interacción.

Ésta web permitió entender la necesidad de versatilidad que presentan muchas plataformas y entender que



el usuario es un emisor y transmisor de información; y en el caso del usuario establecido sería un receptor de información. El concepto de Web 2.0 posee distintas características que se relacionan directamente con un usuario en movimiento.

Serrano et al. (2015) expone que el concepto de Web 2.0 comprende aquellos sitios webs que facilitan el compartir información, la interoperabilidad, el diseño centrado en el usuario y la colaboración de la World Wide web.

Siendo así, este concepto es importante para nuestra época ya que influye directamente en la interacción y colaboración de contenido generado por los mismos usuarios dentro de una comunidad virtual, a diferencia de las web estáticas donde los usuarios se limitan a la observación pasiva de los contenidos. Sus ventajas radican en como estos usuarios se desarrollan con la creación y evolución de los contenidos que en este caso no son solamente educativos sino de diversas áreas.

El sitio web si bien podría en el futuro someterse a diversos cambios, se consideró una vía educativa de información aislada pero pensada para poder establecer luego un “ecosistema informativo” relacionado luego con

futuras alianzas claves. Éstas ayudarían de forma conjunta a establecer difusión de contenidos.

Luego de ahondar la Web 2.0 se optó por revisar los elementos que eran necesarios para la creación de un sitio web conformado por muchas páginas web. Es así como se observaron conceptos-herramientas como el Wireframe, las grillas, botones, “hover”, “Scroll”, y Card Sorting.

Éste último fue una herramienta muy útil durante la primera etapa de desarrollo de la estructura de base del diagrama de sitio web junto a la ayuda de especialistas en desarrollo web que aportaron con sus conocimientos en distintas correcciones para revisar la evolución del mapa de sitio.

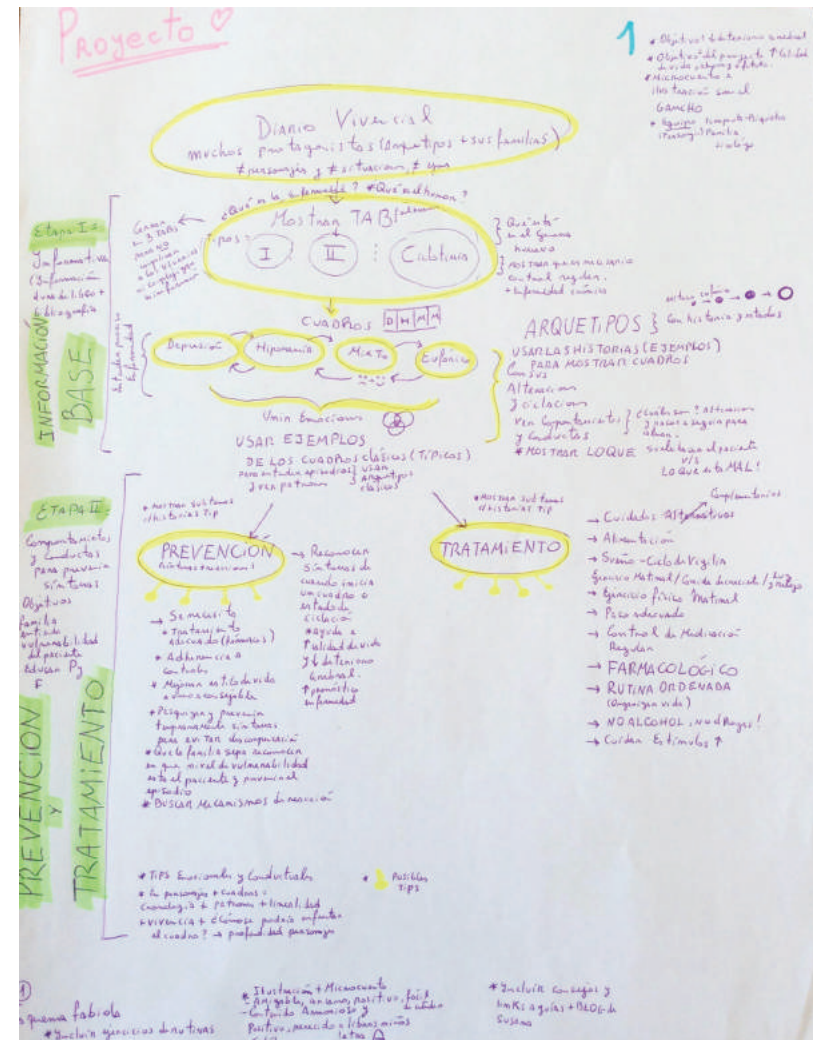


## ETAPA DE CREACIÓN DEL MAPA DE SITIO

El sitio web inicialmente dentro del proyecto se consideró un sistema de capas de información que constituyen el macro-cuento formado por microcuentos informativo-explicativos. En ellos se proyectó la posibilidad de vincular imágenes a cada contenido, y generar cercanía por medio de la ilustración como epicentro visual. También se buscaba una continuidad en el relato y la posibilidad de saltar de una historia a otra de forma dinámica. Es por ello que la primera etapa era llegar a un correcto desarrollo de un mapa de sitio.

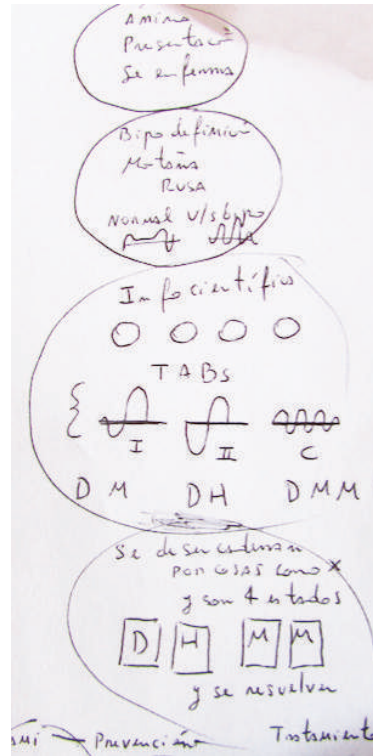
Éste comenzó a conformarse luego de **concretar la revisión y aproba-**

**ción de contenidos por parte de los especialistas** que luego de varias correcciones se enfocaron en presentar la enfermedad, luego presentar los tipos de TAB, presentar parte de los síntomas para luego llegar a recomendaciones que en comienzo se dividieron en prevención de síntomas y contención afectiva pero que luego cambió este último por importancia del tratamiento que incluía contención emocional; también contenidos específicos como TAB en la niñez, adolescencia, infancia temprana, tercera edad, parto y lactancia fueron retirados debido a su complejidad y por ser temas delicados.

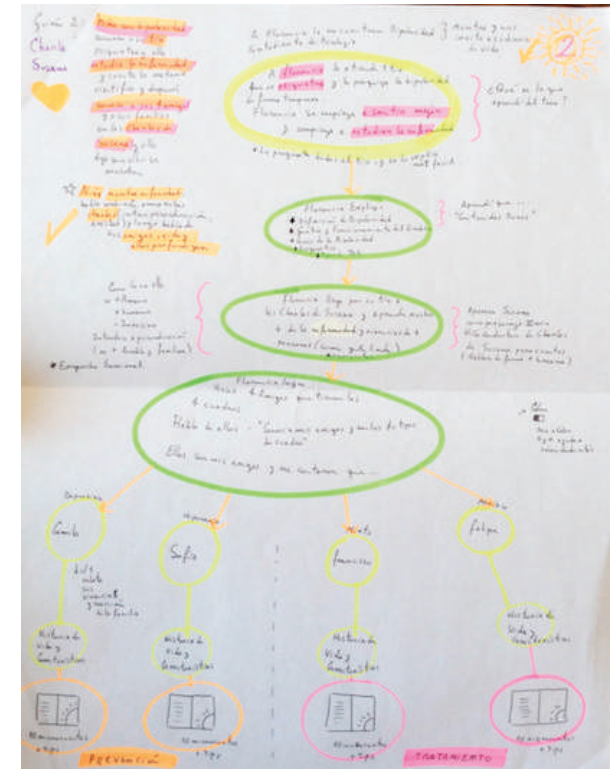


Visualización de esquema de contenidos.

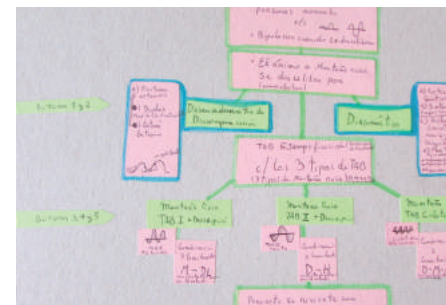
Luego los contenidos junto al desarrollo narrativo originaron el guión literario de desarrollo de historias hiladas por la personaje principal. El proceso de guión tuvo 4 procesos de definición y consolidación en donde la historia final fue una joven que habla de los contenidos informativos sobre la definición de TAB, sus características y las fases de forma cercana incluyendo a sus 4 amigos que representan las fases. Por último se incorpora la utilización de recomendaciones de detección y prevención de síntomas de la enfermedad. Esto permitió tener 4 temáticas principales y direccionar tanto el guión como la creación de cuentos. Éste se dispuso en un colorido diagrama para exponer a especialistas el cual a modo de pizarra agregaba y quitaba post-it para modificar la información. Éste esquema se sometió a la prueba de los especialistas siendo aprobado en última instancia después de los arreglos.



Visualización de esquema de guion base.



Visualización de esquema de guion final



Visualización de esquema guion final y sus contenidos.

En simultáneo, las 4 temáticas de contenido-guión contaban con niveles de profundidad para abarcar cada cuento a modo de cuento con pequeños microcuentos-informativos que forman parte de un todo y que se entienden de forma aislada a su vez. Éstos se enfocaron más en el contenido informativo que en contar una historia literaria sin perder su enfoque de cuento narrativo

También se utilizó de forma sencilla el guión literario escrito una vez acabado y se le incorporó de forma análoga visualizaciones de las escenas dibujadas. Éstos dibujos darían forma al storyboard, que luego se dispuso en un archivo de impresión para corrección con el primer especialista web, Ricardo Vega, que había sido contactado recién-temente.

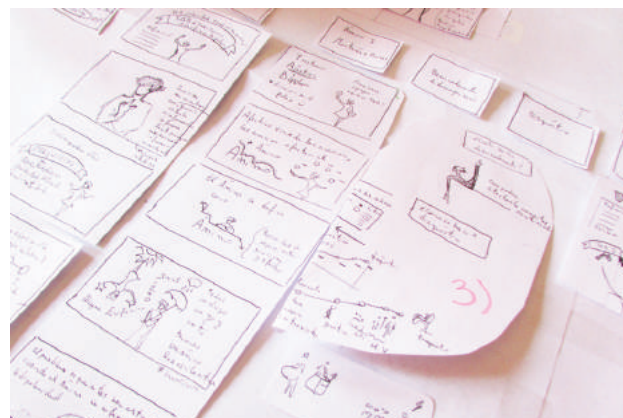
Luego de las correcciones, se considero la necesidad de acortar los cuadros por historia, se reutilizaron en un modo de Card Sorting para establecer los slides mínimos.



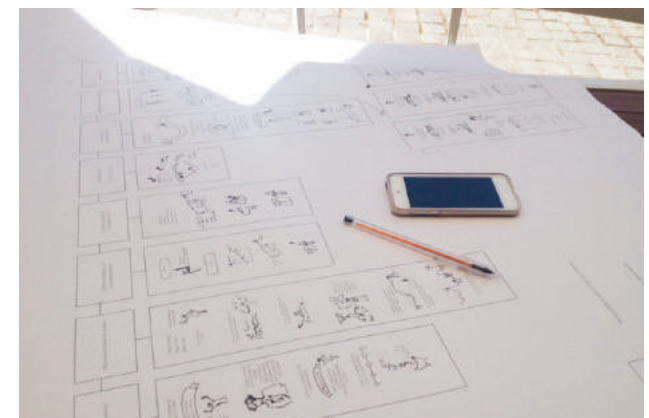
Storyboard y contenidos.



Storyboard y desarrollo contenidos.



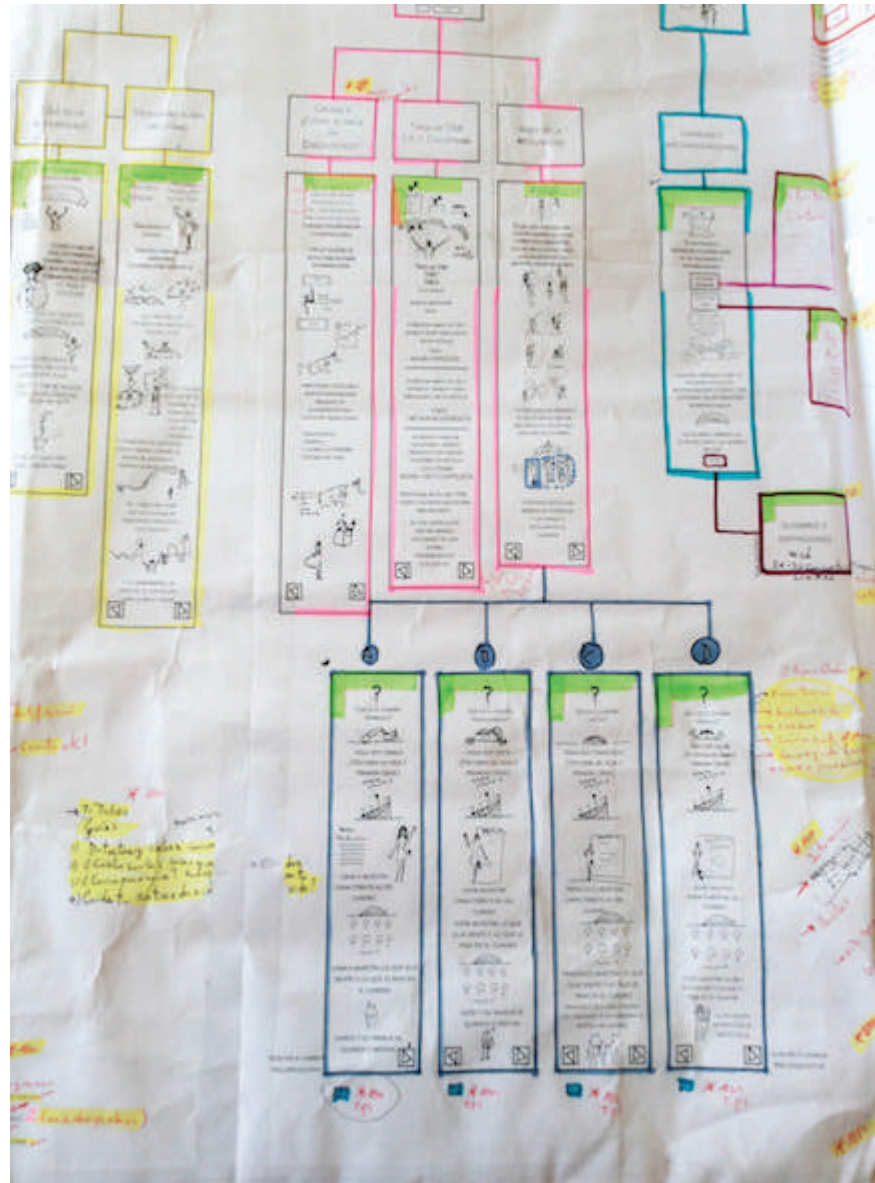
Recortes y Card Sorting.



Corrección.

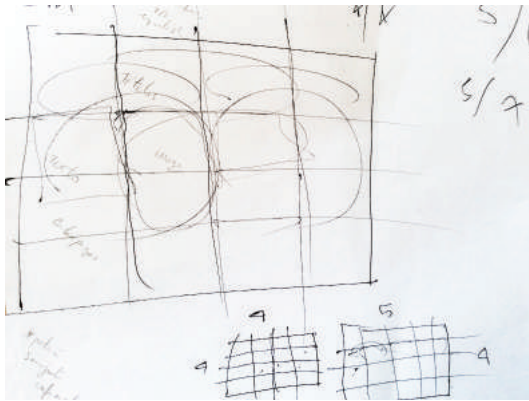
Luego de las modificaciones, dichas viñetas se redispusieron y acotaron para tener una cantidad más pequeña de cuadros en cada cuento, que permitiera que cada cuento formado de una lista de página de 5-6 frames se transformara en un botón del futuro hover dispuesto en el sitio web.

Las listas de páginas en comienzo por el uso de scroll se pensaron como un cuento de flujo descendente y se revisó en etapas que incluían las primeras visualizaciones con imágenes e información base para estudiar la elaboración web. Pero luego se pensó en incorporar con la ayuda de programación nuevas posibilidades de ver el contenido, utilizando el sistema “screen” en flujo de visión de izquierda derecha simulando la lectura de un libro.

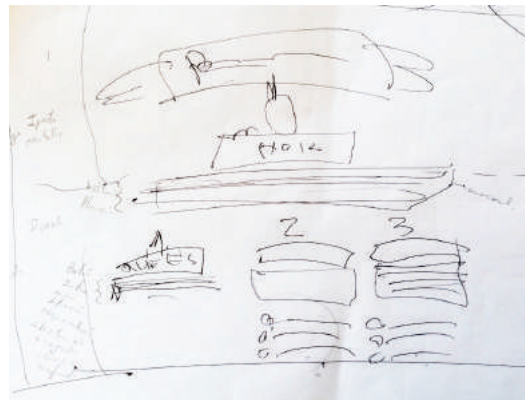


Visualización de contenidos corregidos.

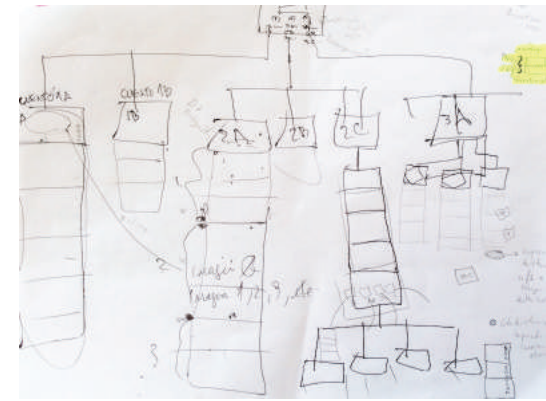




Grilla Web



Desarrollo mapa del sitio y el uso de sus elementos.



Esto fue descartado entrando en la etapa de usabilidad, por que se generó otro cambio de estructura, ya que la función de scroll descendente por el uso de botón representó una mejor alternativa para hacer la lectura de cada cuento algo más sencillo. Ésto permitió fácilmente establecer una estructura armada por frames que también adaptaron la edición de textos que eran una readaptación del guión mucho más acotado y que serían los textos reales a utilizar.

Al tener ya dispuestos partes de los textos e ilustraciones, se definieron los 6 distintos templates, para otorgarle las

disposiciones y proporciones que condicionaron el tamaño de las imágenes y el largo de los textos.

También se definieron otras funciones como el hover que le permitió entregar a cada macrocuento un identidad de “botón” dentro del sitio para originar los niveles de profundización de la información conforme uno se internaba en cada microcuento específico compuesto de 5 a 6 frames.

Con esto se buscaba conseguir una profundización de cada cuento de forma acotada; también se pensaron la

profundidad informativo-estructural de las fases como botones las cuales en la última etapa tomaron protagonismo como un nivel de información primario y no secundario como se las pensó en comienzo. La reformulación del niveles de información final y su aplicación luego de diversas correcciones se resolvió gracias a la asesoría en desarrollo web, que ayudó en los últimos detalles luego de reformular el diseño de niveles de información donde los niveles primarios tenían una instancia de introducción por medio de la barra de navegación.

Por último la elaboración final de

mapa de sitio y el uso de sus elementos fue corregido por los asesores web que recomendaron trabajar un diseño de gráfica cercana, pero que no fuera recargada, la menor cantidad de elementos para potenciar las texturas visuales y repensar las ideas de glosario y preguntas frecuentes pensadas durante el desarrollo del proyecto ya que estas poseerían marcos distintos para enfocar la creación de wireframes y links de redireccionamiento. También se otorgaron correcciones para el tema de usabilidad, y las interacciones fueron dispuestas en base a una navegación dinámica entre cuentos.

## CARACTERÍSTICAS DE LA PLATAFORMA WEB

### Elementos Estructurales

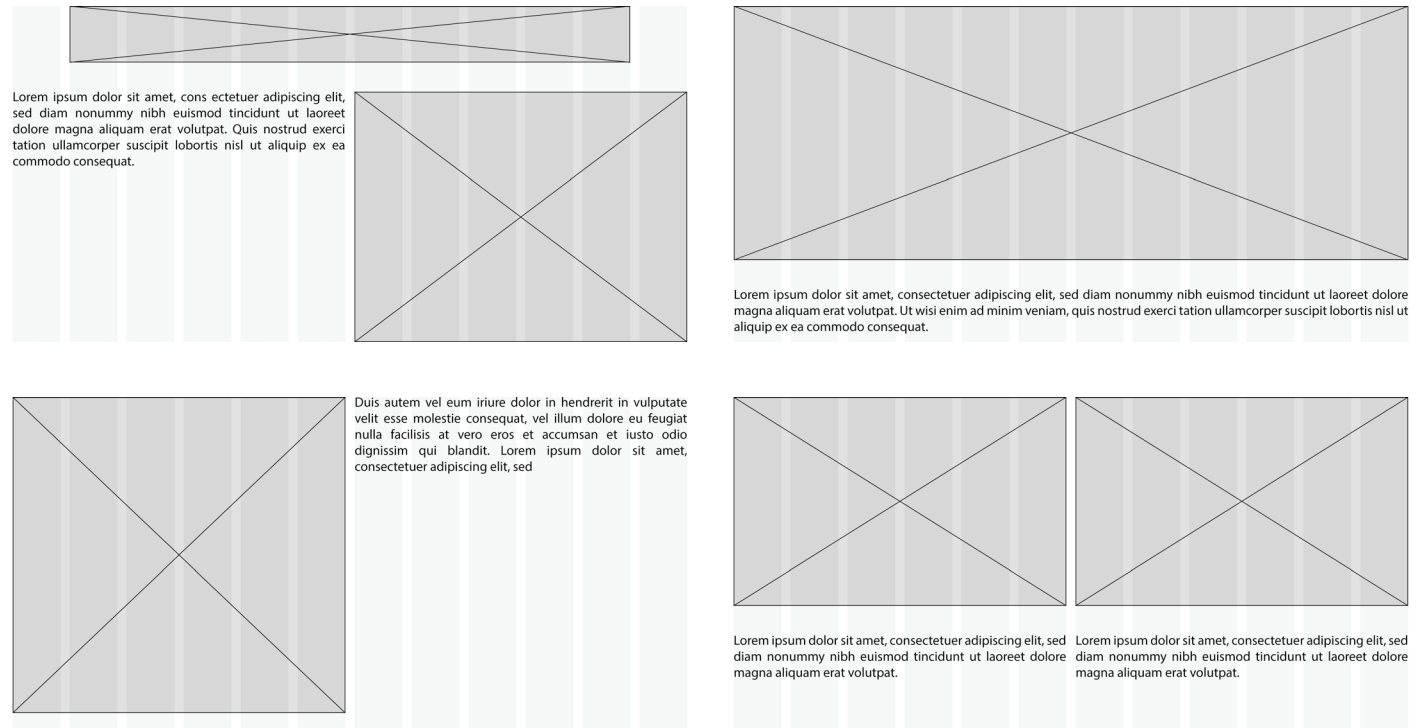
Tomando en consideración los diversos elementos de creación de estructura web revisados, se abarcaron cada una desde sus distintos requerimientos y luego se abordaron de forma total para poder generar el mapa de sitio con elementos que permitieron una correcta exposición del información.

### Grillas

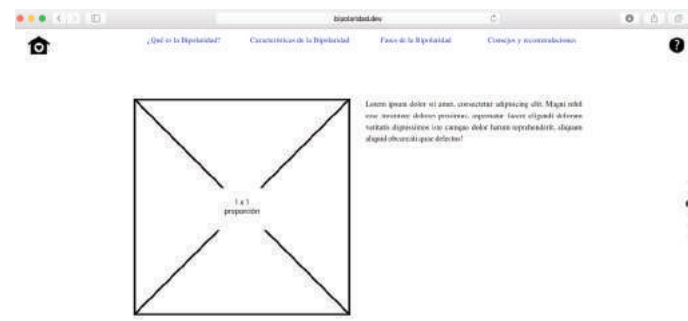
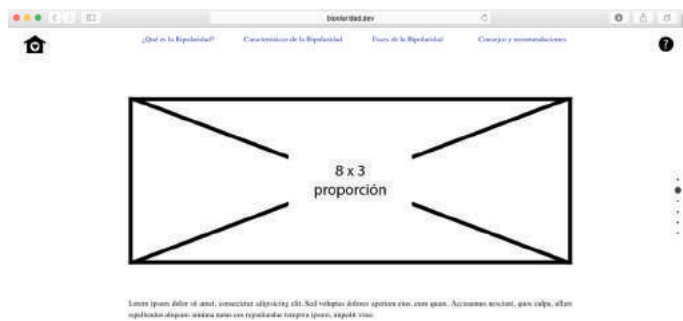
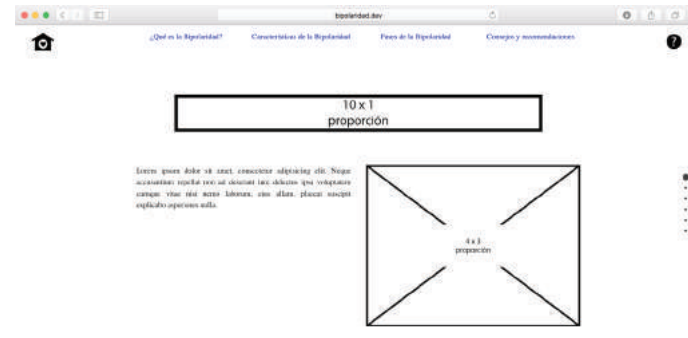
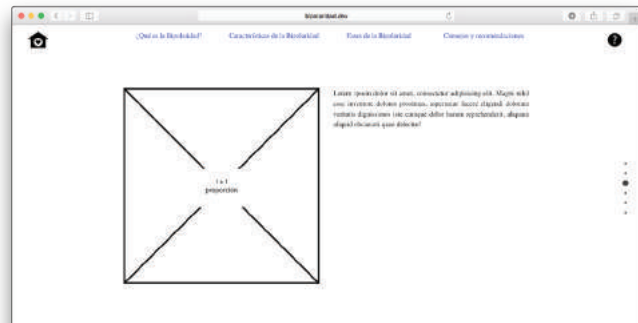
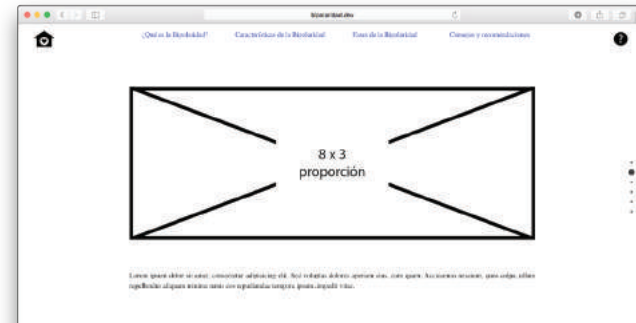
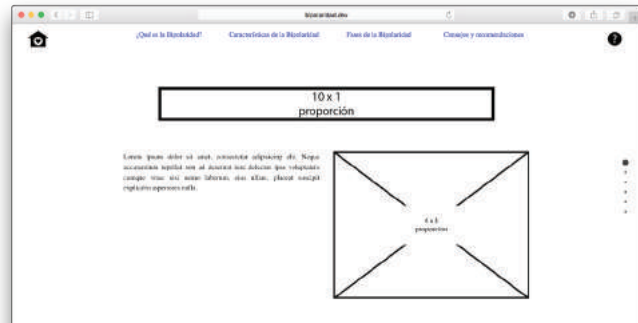
La utilización de grillas permitió estructurar y disponer los tamaños y mantener la información organizada de forma óptima, estableciendo parámetros de disposición en base a la simetría, también, otorgaron las directrices para establecer los distintos templates a nivel estructural que luego contendrían los textos y las imágenes.

### Wireframes y tipos de templates – Plantillas Wireframe

De acuerdo los requerimientos de las imágenes y la cantidad de texto, se crearon seis tipos de templates distintos para poder disponer de forma armónica la información visual y textual. Las proporciones elegidas permitieron considerar tamaños pertinentes para las imágenes y textos a utilizar.



Visualización de wireframes aplicados a grillas.



Visualización de grillas - frame web y sus distintas proporciones.

## ELEMENTOS VISUALES

Los elementos visuales creados durante la etapa de ilustración fueron aplicados a la estructura web por medio del diseño de los templates destinados a contener las imágenes y el texto para cada microcuento.

Ambos se complementaron y se relacionaron durante el proceso estableciendo entre ellos modificaciones entre sí, unificando las necesidades de ambos en la aplicación de la estructura. Estos elementos interactúan entre sí generando que la construcción de la estructura final, que se centro en un desarrollo de frames enfocado en contener las imágenes pero adaptándose a las narrativas de cada imagen ya que algunas necesitaban mayor extensión. Las imágenes fueron mayormente adaptadas al template 2 ya que requerían de mayor espacio y poseían más colorido gracias a la textura.

### ***Imágenes ilustrativas e iconografía***

Las ilustraciones del cuento se adaptaron a la grilla específica diseñada y tuvieron dentro éstas una disposición de relevancia en la mayoría de los templates elegidos.

En las interacciones entre el texto y la imagen fueron favorables, ya que el fondo blanco permitió que las texturas se vieran más intensas en color, generando que la unificación del total fuera es útil.

La utilización de grillas con respecto a las imágenes fue de manera simple evitando asimetrías. Con respecto a las ilustraciones, se presentaron desde el inicio de sus construcciones una proporción definida, la cual debía ser seguida para todos los casos, para luego ser dispuestas dentro de cada frame.

### ***Gama cromática y Logo***

Los colores elegidos para la web, fueron elegidos considerando los colores definidos en primera instancia en el proceso de marca y logo.

Éstos se consideraron como una gama cromática cercana, aplicándose en la web para generar una visualidad pulcra que interactuara de forma liviana con el blanco y el gris presentes dentro de la página. Los colores en interacción con el blanco y el gris, buscaban hacer que las ilustraciones fueran más notorias.

Los colores elegidos según rgba o hexadecimal permitieron este objetivo.

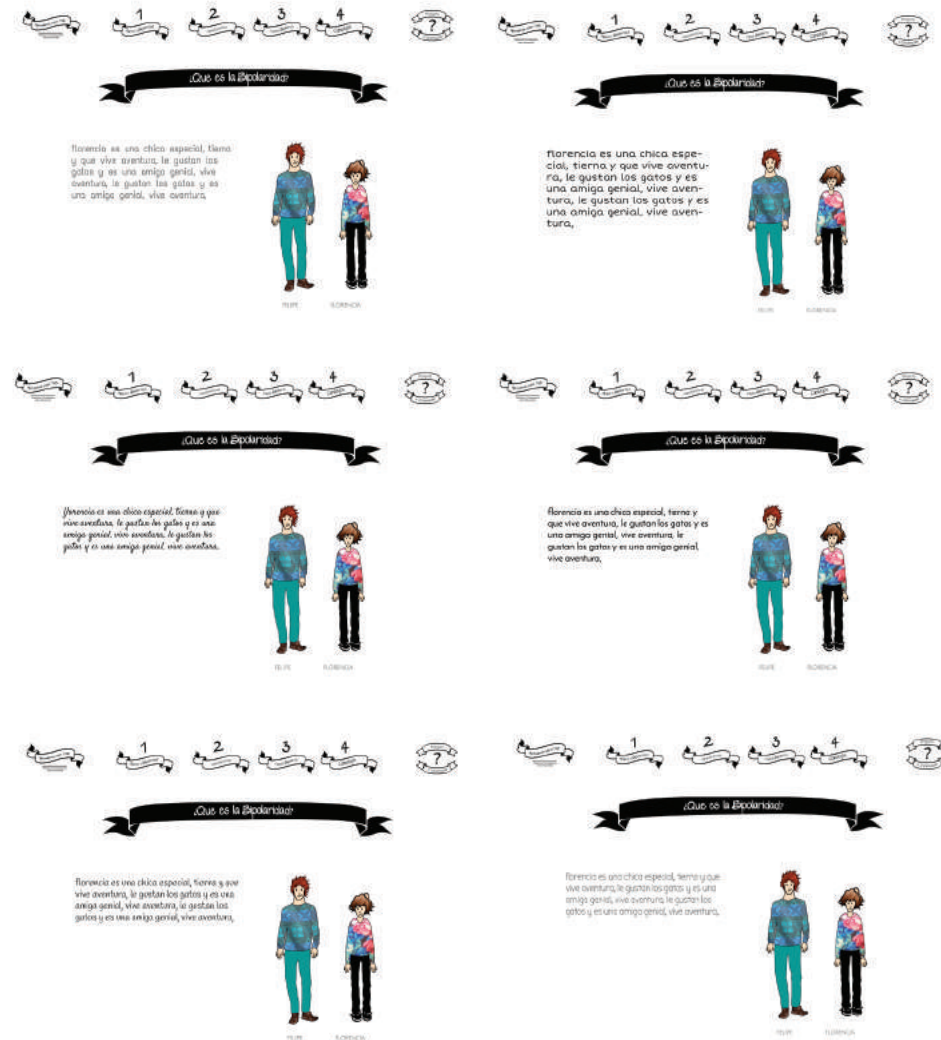
### ***Tipografía utilizada***

La utilización de fuentes tipográficas en web considera como alternativa las fuentes tipográficas que se

encuentran en Google Fonts. Éstas son de uso libre y gratuito, y son fácilmente aplicables a sitios web. Luego de elegir esta alternativa, se procedió a revisar todas las opciones de tipografía buscando alguna que pudiera relacionarse de buena forma con algunas ilustraciones preliminares.

La que cumplió mayormente todos estos criterios asociados a la legibilidad, interacción con la ilustración y aplicación de colores y destacó por su legibilidad y grosor fue la tipografía “Reem Kufi”.

Luego de su utilización posterior a las pruebas de tipografía, se optó por determinar su uso unitario en la web ya que funcionaba bien con tamaños y la interacción otras tipografías le restaba importancia visual.



Pantone 566C  
 RGB 197/231/227  
 HEX/HTML C5E7E3  
 CMYK 21/0/11/0



Pantone 7473C  
 RGB 40/156/157  
 HEX/HTML 289C9D  
 CMYK 77/19/40/1



Pantone 7455C  
 RGB 48/81/162  
 HEX/HTML 3051A2  
 CMYK 91/78/0/0



Pantone 7534C  
 RGB 206/205/190  
 HEX/HTML CECDBE  
 CMYK 19/14/24/0



Pantone 520C  
 RGB 133/71/131  
 HEX/HTML 854783  
 CMYK 55/85/19/3

Gama cromática definitiva.

Pruebas tipográficas para la web.

2) Barra de navegación (invisible e incluye todo lo de arriba): esta se dispone para una navegación simple que pueda tomar puntos de inicio a modo de anda para volver a páginas web específicas como el menú de inicio.



¿Qué es la Bipolaridad?

Características de la Bipolaridad

Fases de la Bipolaridad

Consejos y Recomendaciones



Antes le decían "Trastorno Maníaco Depresivo". Ahora se le conoce como "Trastorno Afectivo Bipolar". En este caso lo llamaremos TAB para recordarlo fácilmente. Éste posee fases de depresión de ánimo muy bajo y períodos de aceleración como Manía e Hipomanía en donde tu ánimo se va a las nubes. Puede sonar simple pero no lo es. Muchas veces es difícil mantener la calma.

4) Textos dispuestos en la tipografía Reem Kufi poseen dentro de cada wireframe una disposición que dialoga con cada imagen acompañándola.

8) Scroll: Navegación descendente para lectura del cuento por medio de sus frames ordenados según orden de la historia de forma "conológica".

## INTERACCIONES

El modo de navegación del sitio web se centra en un recorrido narrativo informativo que abarcará los cuentos de forma interconectada de forma que le permitan al usuario revisar cada cuento por separado y tener acceso sencillo a los demás

cuentos según sus decisiones durante la estancia en el sitio web. Considerando esto, se consideró la menor cantidad de clicks posibles para establecer el recorrido dispuesto. También se incorporaron diversas interacciones base que

permitieran una simpleza al momento de relacionarse con la web; las más utilizadas fueron las que se valoraron por su simpleza. Se dispusieron por ello el uso de hover con cambio de color, despliegues de la barra de navegación para mostrar

contenidos, uso de separación del scroll por capítulos según la cantidad de wireframes de cada cuento "botón", y se sumaron redireccionamientos simples. Algunas de las interacciones finales se abordan más adelante.

*Desglose de botones y sus características*

## IMPLEMENTACIÓN

La implementación del proyecto fue llevada a cabo gracias al servicio de programación, que también consideró la compra del dominio [www.aprendamosobretab.cl](http://www.aprendamosobretab.cl). Dado que el nombre [www.tab.cl](http://www.tab.cl) no era muy representativo y “Aprendamos sobre TAB” había formado parte del proceso de creación de marca.

Por esto mismo, se optó por este

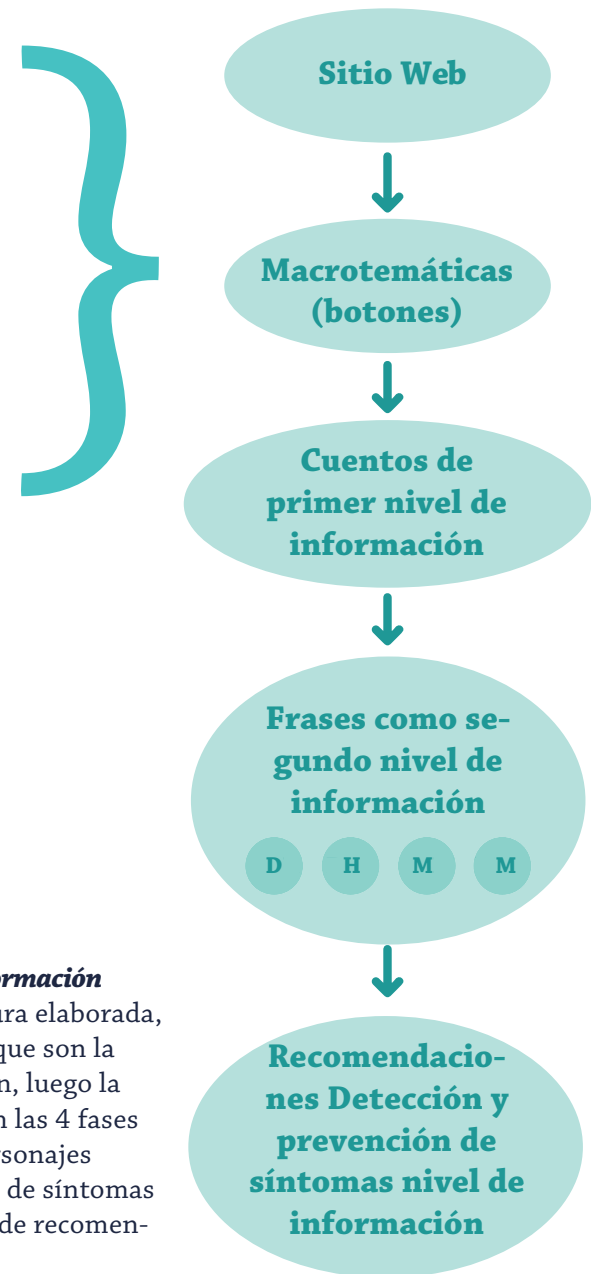
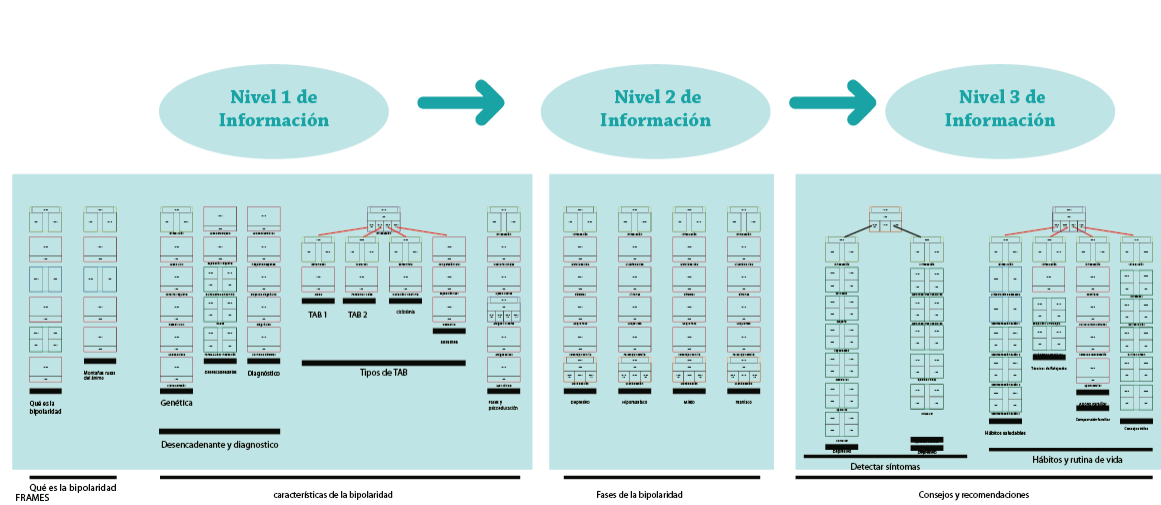
último como un link coherente de utilización. El dominio fue comprado en la página [www.nic.cl](http://www.nic.cl) (ver anexos) contando con un costo hundido de \$9950 pesos chilenos. También durante el proceso de creación se requirió de la puesta en marcha de un servicio de hosting el cual fue auspiciado amablemente por la empresa HOLOGRAMA ([www.holograma.cl](http://www.holograma.cl)) por parte de su gerente general Pablo Fuenzalida Meza, ingeniero informático

de la Universidad de Chile.

## ANÁLISIS, DIFUSIÓN Y USO DE REDES SOCIALES

También es así como se pensó para proyecciones futuras la posible incorporación de Google Analytics. Éste recurso permite analizar la interacción de los usuarios con la página, generando patrones para po-

sibles rediseños. También se pensó en incluir a las redes sociales más adelante, como medio de difusión eficaz en la etapa de proyecciones futuras. Se toma la inclusión de redes sociales, como un canal de difusión importante gracias al uso de redes como Facebook, la cual cuenta actualmente con funciones de compartir información fácilmente por medio de “fan pages”.



## DESARROLLO DE CUENTOS Y NIVELES DE PROFUNDIZACIÓN DE CONTENIDOS

### *Profundidad de contenidos de macro a micro*

La estructura para comprender el desarrollo de los cuentos abarca las temáticas principales que son 4.

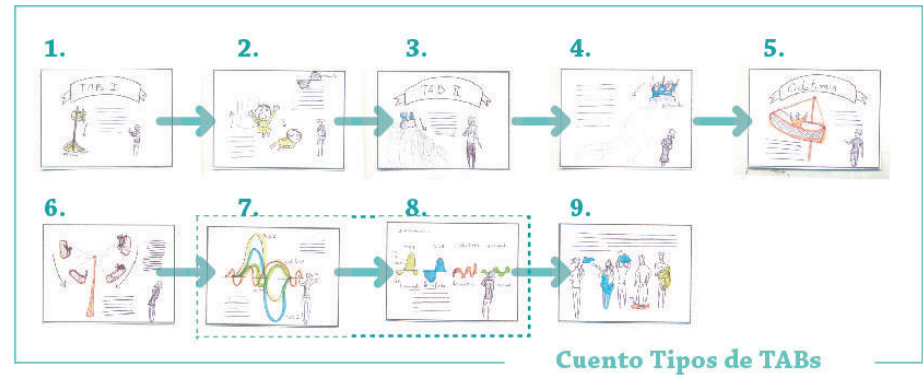
Éstas poseen a modo interno un cuento que a su vez se dispone de un grupo de 5-6 frames que son microcuentos informativo-descriptivos que desarrollan en cada tema con ilustraciones.

### *Recorrido y 3 etapas de información*

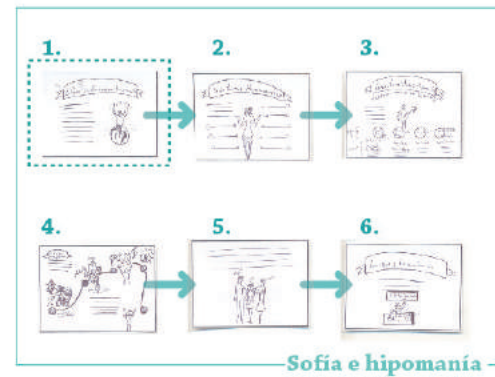
Teniendo ya esta estructura elaborada, se disponen de los cuentos que son la primera capa de información, luego la historia de personajes según las 4 fases y por último como estos personajes profundizan en la detección de síntomas y consejos útiles por medio de recomendaciones cortas.



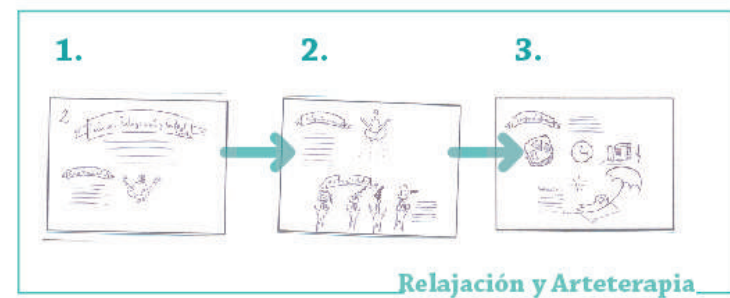
**Nivel 1  
Cuento**



**Nivel 2 Fases de  
TAB y Personaje**



**Nivel 3  
Consejos**



**ESTRUCTURA DE LECTURA Y  
ELEMENTOS DEL SITIO WEB  
COMO CUENTO, FASE Y RECO-  
MENDACIONES**

Cada Frame constituye una parte de cada nivel, pasando desde el cuento hasta el consejo, generando que se efectúe el desarrollo.

Se toman a continuación 3 ejemplos de los cuentos y microcuentos informativos existentes.

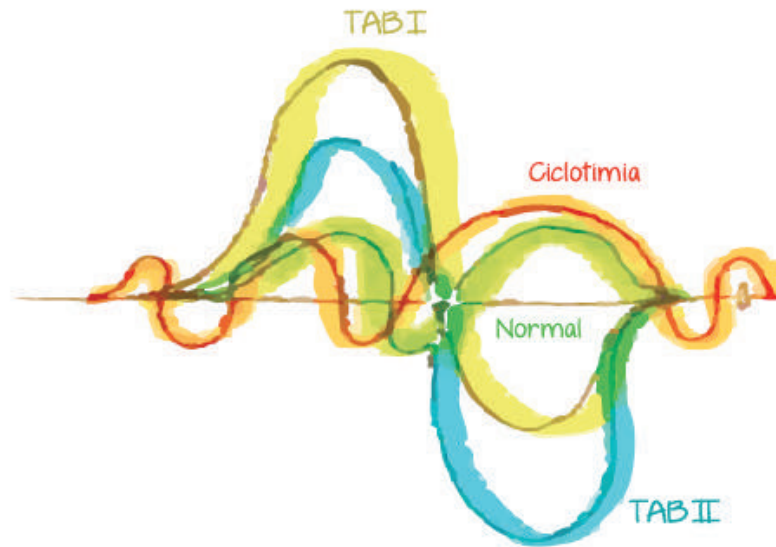


¿Qué es la Bipolaridad?

Características de la Bipolaridad

Fases de la Bipolaridad

Consejos y Recomendaciones



Si tuvieramos que compararlas, sería algo más o menos así, en donde puedes ver lo que sucede con ellas. Lo ideal para eso es evitar las crisis porque sino tu cerebro se gasta más.

## VISUALIZACIONES DE FRAMES

Cada Frame constituye una parte de cada cuento total y aborda con la ilustración el cuento y el contenido adaptado desde el guión.

[¿Qué es la Bipolaridad?](#)
[Características de la Bipolaridad](#)
[Fases de la Bipolaridad](#)
[Consejos y Recomendaciones](#)

TABI TABII Ciclotimia Normal




La empinada La profunda La errática La normal

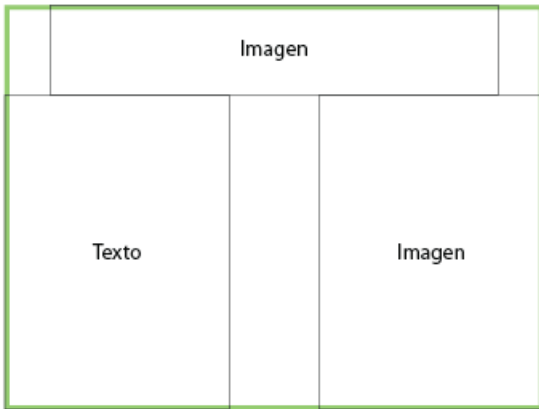
Y si las comparamos de forma separada sería algo más o menos así, en donde parecen montañas rusas, a mí me gusta ponerle nombres para que el resto las entienda mejor. La empinada es acelerada e irritable, la profunda es más profunda y la errática es cíclica.

[¿Qué es la Bipolaridad?](#)
[Características de la Bipolaridad](#)
[Fases de la Bipolaridad](#)
[Consejos y Recomendaciones](#)

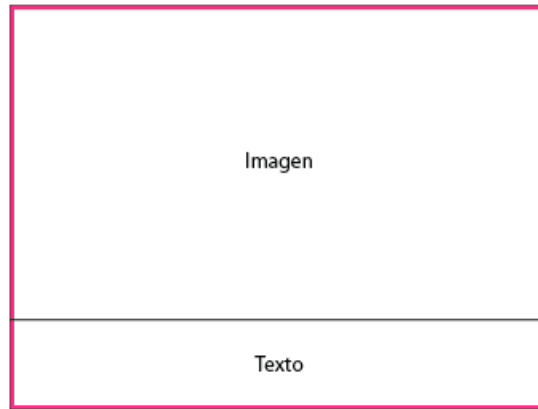
¿Qué es la Hipomanía?

¡Hola! Mi nombre es Sofía, tengo 18 años, tengo TAB II y soy hija única. La Bipolaridad me la encontraron hace unos meses. Este trastorno por lo general tiene subidas y bajadas de ánimo en donde las subidas son medianamente altas, eso ha repercutido un poco en mi vida diaria aunque hay cosas de las cuales mis amigos no se dan cuenta, y es cuando estoy muy acelerada. Te invito a conocerla y también te voy a contar un poco de mi historia para que entiendas como se generó, porque al fin y al cabo le puede dar a cualquiera.

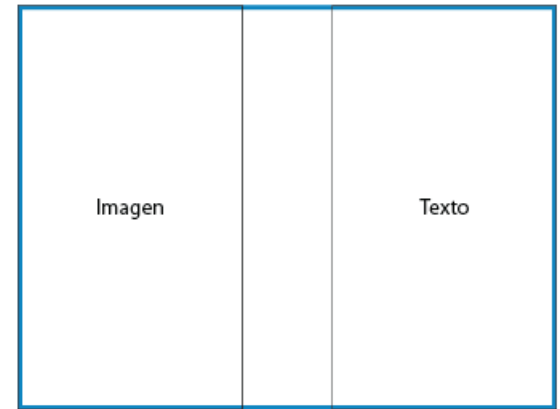




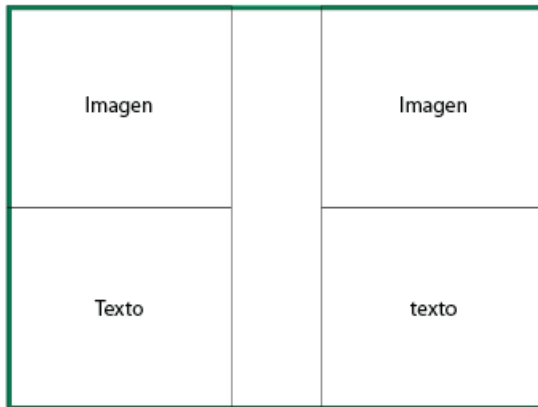
FRAME 1



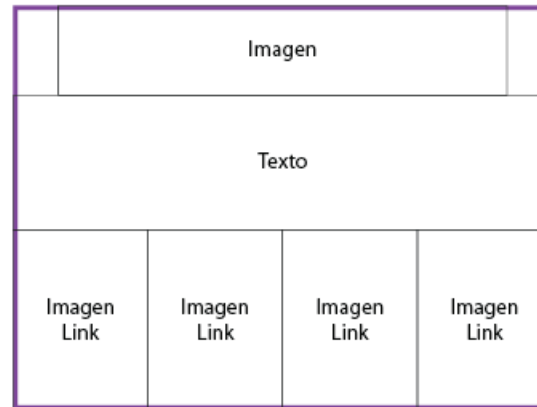
FRAME 2



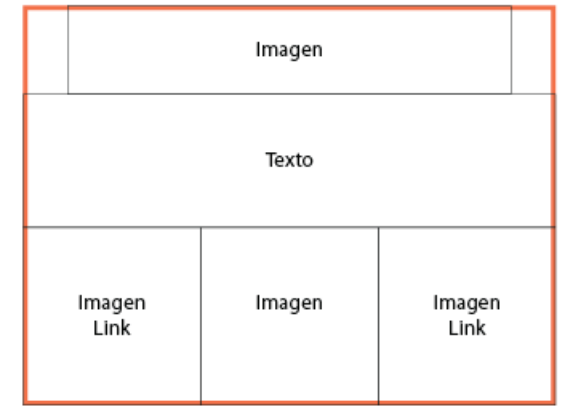
FRAME 3



FRAME 4



FRAME 5



FRAME 6

# 12

## Testeos Desarrollo Proyecto

Realizadas a modo de correcciones presenciales que partieron con una entrevista presencial en el momento de contactar a cada asesor. La finalidad de estas asesorías era conseguir información relevante para el desarrollo total del proyecto y ver posibles mejoras para el rediseño.



*Testeos Web del proyecto con especialistas.*

## ESPECIALISTAS EXPERTOS Y COLABORADORES

Los especialistas y expertos que aportaron con asesorías de información y corrección fueron:

### **Fabiola Serrano**

*Médico Psiquiatra especialista y tratante de pacientes con TAB.*

Correcciones realizadas en consulta privada. Entrega apoyo durante el desarrollo del proyecto y revisa que la información del proyecto y que los contenidos estuviesen utilizados de manera consistente y correcta.

### **Felipe Ledderman**

*Psicólogo especialista y tratante de pacientes con TAB.*

Correcciones realizadas en centro médico Efeso, Las Condes. Entrega apoyo durante el desarrollo del proyecto y revisa que la información del proyecto

y que los contenidos estuviesen utilizados de manera consistente y correcta.

### **Susana Rodríguez**

*Asesora en Psicoeducación sobre TAB y paciente con TAB I.*

Entrega apoyo durante el desarrollo del proyecto. se realiza una entrevista personal el Jueves 13 de Octubre de 2016.

Su asesoría ayudó para la ideación y testeo de estilo gráfico-narrativo y su exploración. Colaboración en la revisión del estilo gráfico, narrativa y corrección de la creación de arquetipos y sus características.

Charla que dirige sirven para ver si la idea se entendía y ver la estructura narrativa del proyecto junto a su aplicación en la página web.

### **Gabriela Warner**

*Diseñadora y escritora de cuentos y*

*cuenta cuentos.*

Ayudó a encausar la narrativa de la historia y corregir diferentes puntos a lo largo de su creación.

### **Ricardo Vega**

*Diseñador experto en área web y profesor de Diseño UC.*

Consultas dentro del campus San Joaquín UC, entrega apoyo durante el desarrollo del proyecto.

### **Álvaro de Venegas Zamorano**

*Desarrollador web experto en área de Marketing Digital y profesor de Ingeniería UC.*

Consultas dentro del campus San Joaquín UC, entrega apoyo durante el desarrollo del proyecto.

### **Cristóbal Domínguez**

*Experto en desarrollo web en CSS3 y*

*JavaScript*

Desafío LATAM, entrega apoyo durante el desarrollo del proyecto

Expertos en usabilidad y desarrollo web, ayudan en conceptualización y herramientas para la construcción de la página web y estructura general. Permitieron correcciones para ver qué elementos funcionaban y cuáles no, y proponer soluciones a dichos aspectos.

Por último se desarrolló un testeo a algunos pacientes de las charlas de la señora Susana Rodríguez en el hospital El Salvador, la cual fue realizada a 7 personas. Los pacientes optaron por utilizar nombres ficticios y no aparecer en fotografías para proteger su identidad.

## CONCLUSIONES DE LAS ASESORÍAS Y LOS TESTEOS

### Mejoras

Para mejorar la página web y sus contenidos, se realizaron testeos de información a los distintos especialistas colaboradores. Los resultados fueron los siguientes:

Fabiola Serrano y Felipe Leddermann, recomendaron utilizar más contenidos útiles y sencillos que información compleja. Temas como la niñez, adolescencia, tercera edad, lactancia, suicidio y hospitalizaciones fueron descartado debido a su complejidad, requieren más profundización y poseen una carga negativa, especialmente los de hospitalizaciones y suicidio. Esto podría desviar la atención del objetivo principal del proyecto, que es educar a los familiares y amigos del paciente acerca del TAB, generando el temor a partir del desconocimiento.

Se testeó estructura narrativa, definiendo el conocimiento “desde el paciente” para el usuario, así como también, para núcleo cercano al paciente TAB, familia y amigos.

Dentro de las observaciones rescatadas dentro de la entrevistas con Felipe Ledderman, se generó la necesidad de establecer un hilo conductor para darle una continuidad al relato. De esta forma, surge la idea de la charla psicoeducativa para avanzar con el proyecto. El relato debe ser lógico, ya que permite la asimilación rápida de información y debe presentarla desde la perspectiva del paciente, pues eso permite una facilidad de entendimiento para el núcleo cercano de comprender la enfermedad desde el paciente.

Se plantea también, en la siguiente entrevista, una respuesta positiva al guión creado, debido a que al usar el concepto de montaña rusa y un personaje central amable, genera cercanía para el usuario. Esto se debe a que se habla en términos conocidos para ellos, lo cual facilita la comunicación de la información. La posibilidad también de incorporar los cuadros como personajes y no generar algo “árido”, generan una humanización recordable para el usuario.

Florencia, personaje principal de la narración en la web, permite captar mayor interés y atención, lo cual genera un guión atractivo y fácil de seguir.

También menciona que la imagen y la ilustración debe ser técnico-ilustrativa. La utilización de pocos personajes es la mejor opción ya que con más de cinco personajes se genera confusión y una trama más compleja. Recomiendan utilizar los medicamentos como tema aparte, ya que ofrecen una complejidad importante. El no incluir apellido a los diferentes personajes de la historia es bastante favorable y los nombres normales permiten ser recordables. La información también debe ser abarcada por medio de bibliografía pero no debe ser presentada de manera técnico-científica, es decir, forma dura, sino que en pequeñas dosis, de forma que sean fácilmente asimilables. También se agregan contenidos como identificación de crisis y manejo de estas ya que le permiten al familiar tener información de vital importancia de forma más fácil y accesible.

Fabiola Serrano, por su parte recomienda eliminar toda la información relacionada con el tratamiento farmacológico y tecnicismos asociados al funcionamiento neuronal, ya que entregan complejidad; ella menciona que muchos familiares cuentan con la información base pero no son muy cercanos a los conceptos asociados al mundo médico. Recomienda abarcar el diagnóstico como concepto de algún micro cuento. Recomienda la creación de un guión coherente y atractivo en donde se le propone la información sobre la charla psicoeducativa como hilo conductor la cual es bien recibida. Sugiere también trabajar más niveles de información y sus temas, los cuales son abarcados a lo largo del proyecto.

El testeo con Susana Rodríguez arrojó que era necesario generar otra paleta de colores, ya que la ilustración debía ser una invitación acogedora para el usuario. También mencionó evitar el uso de collages, y que se debe tener cuidado con imágenes demasi-





*Testeos información y grafica web en charlas psicoeducativas.*



ado coloridas en su extensión y en el fondo. Dice que no es necesario que el personaje compita con su contexto a nivel color, dice que se pueden generar sistemas de identificación del personaje por medio de un objeto en su diseño, como un corbatín por ejemplo. Se menciona que Papelucho es un buen referente y también le parece interesante el guión en donde la representatividad e identificación con los personajes es por medio de un nombre real, lo cual es un aspecto positivo. Recomienda usar fondos simples para las ilustraciones y que los detalles de color que no hagan excesiva la carga visual dentro de cada imagen, lo cual evita que se entorpezca la asimilación de información escrita.

Se definió con ella la utilización de trazo simple e ilustraciones sencillas. La narrativa fue aprobada en casi todos sus aspectos, a excepción de la idea de describir los cuadros clínicos con vestimentas de colores. Para Susana, el personaje no es el cuadro clínico y consideró que es falta de respeto para el paciente TAB.

También ayudó a definir líneas simples y evitar el uso de imágenes dañinas, o agresivas visualmente asociadas a aspectos negativos de la enfermedad, tales como el suicidio, pensamientos internos autodestructivos.

La charla de Psicoeducativa sirvió para ver si la idea se entendía y ver la estructura narrativa del proyecto junto a su aplicación en la página web. En ella se incorporó la idea de incluir un glosario y una barra de navegación simple, que luego fue descartada por los asesores de web. También se pensó una idea de agregar una sección de preguntas frecuentes.

Gabriela Warner ayudó a testear la narrativa y poder generar puntos para corrección. También el trabajo de personajes desde un punto de vista emocional por medio de la experiencia y ver el factor familia como un agente muy importante a incluir.

Ricardo Vega, Álvaro de Venegas Zamorano y Cristóbal Domínguez

permitieron el desarrollo y revisión de la web y la usabilidad para ver qué elementos no funcionaban y cómo podían arreglarse. Con ellos se incorporaron algunas interacciones, uso de botones simples y dispuestos para una fácil identificación y uso, y acotamiento de frames de 12 a 6 para hacer la lectura de la historia más amena y digerible para los visitantes.

Ricardo Vega permitió la posibilidad de entender la separación de temáticas y adaptación de contenidos a la web a partir de un orden sencillo y generar esquemas formativos a modo general. También ayudó en la estructuración de los frames de acuerdo a un orden acotado y simple en pocos pasos.

Álvaro de Venegas Zamorano permitió comprender parte de la posible navegación a aplicar dentro de la página, considerando que debe ser sencilla y realizable en pocos pasos, es decir, haciendo click en pocas partes. Recomendó también acercamiento a motores de

búsqueda, posicionamiento web y el uso de redes sociales para difusión y reconocimiento de la página web.

Cristóbal Domínguez ayudó a la determinación de las distintas funciones de la página web que permitían que fuera dinámica y generar interconexiones útiles para el usuario. También permitió elegir qué interacciones podrían ayudar a que el cuento se viera de forma más entendible y sencilla.

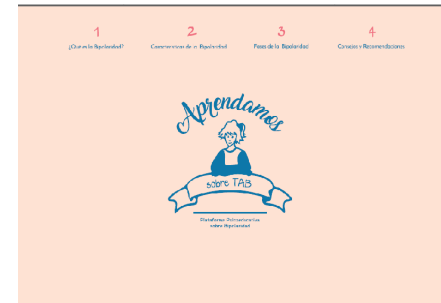
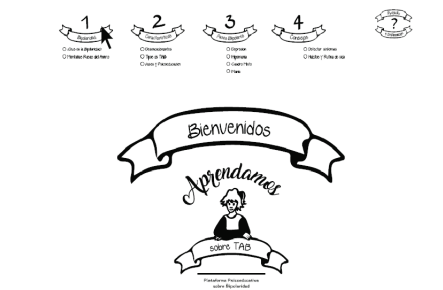
### **Aplicación de mejoras**

Los comentarios y propuestas de los expertos ayudaron a la incorporación de distintos elementos, tanto técnicos como gráficos, para poder establecer un posible rediseño dentro de la utilización de la página web. Actualmente, la asesoría de estas personas, tanto especialistas como expertos en sus respectivas áreas, ayudó a realizar mejoras en lo que es narrativa, navegación web y usabilidad, información y contenido y utilización de representación gráfica simple y entendible.

# 13

## Diseño y Rediseño

En el desarrollo de las etapas de diseño y rediseño se presentaron cambios iterativos. Todos estos cambios, permitieron la evolución correcta del diseño generando cambios estructurales y de elementos donde el comienzo el sitio web se pensó como una página a dos colores con blanco negro que podía poseer color de fondo.



Etapas Evolución Sitio.

El proceso contó con la asesoría de diversos especialistas en el desarrollo web, desarrollo narrativo, desarrollo de contenidos técnico-científicos.

Luego de este proceso se iban agregando las mejoras y también se iban estipulando distintos elementos en

cambio para consolidar el total. Como ya se mencionó los contenidos fueron en mejora antes de generar el guión y el proceso de desarrollo visual y desarrollo web. El desarrollo visual también fue anterior al desarrollo web explorando diversas alternativas que se menciona en el capítulo anterior.

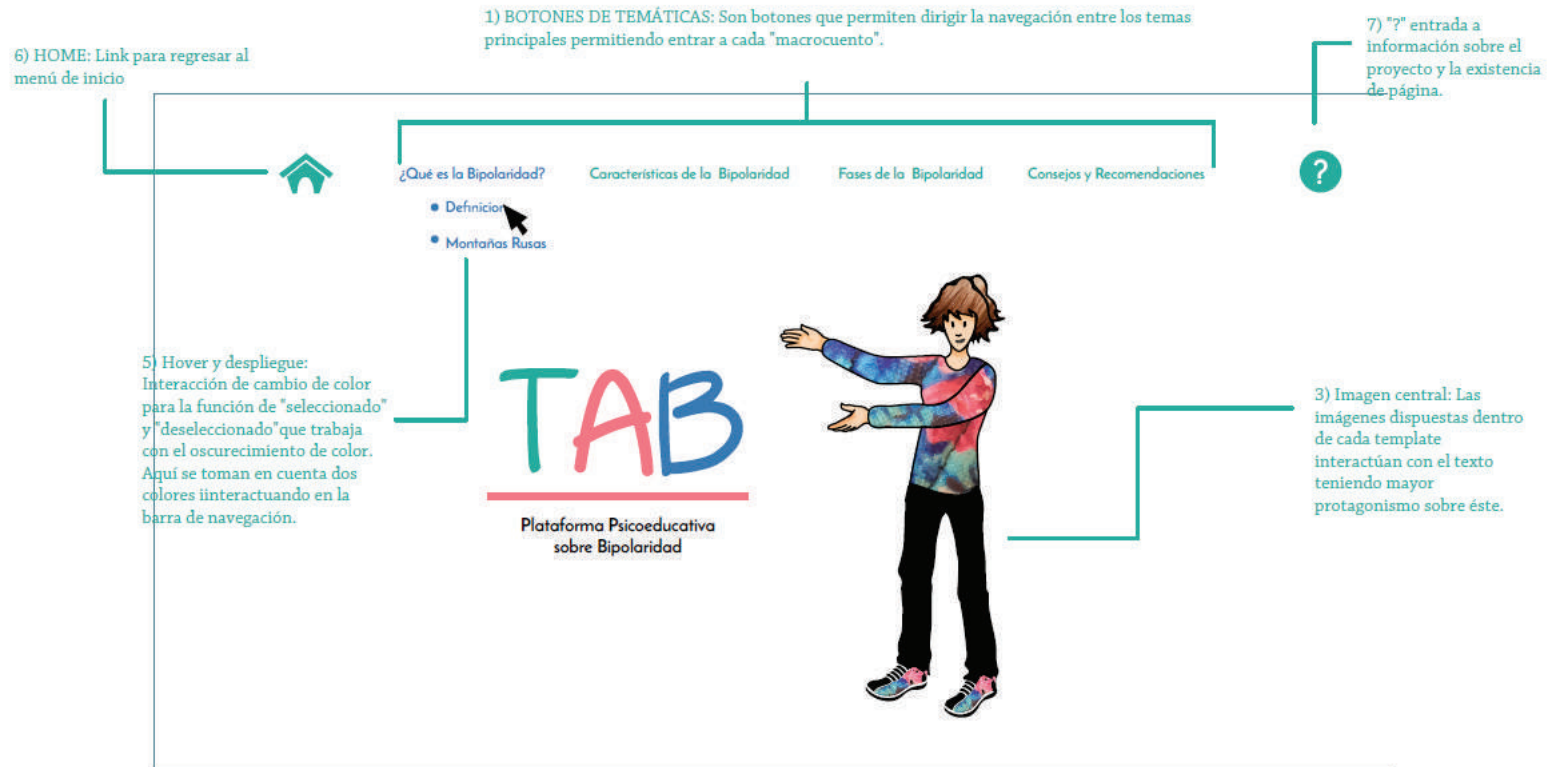
También la cronología gráfica de los cuentos presentó cambios a fin de mostrar por medio de frames más ordenados la información.

Los desarrolladores consideraron que nivel de diseño, uso de texturas, podía estar bien logrado, así los protago-

nistas daban a entender un lenguaje cercano favorable para el proyecto.

También los que tuvieron la oportunidad de ver la estructura del guión encontraron que funcionaba.

Considerando que el desarrollo de la



Despliegue del sitio.

página se presenta anteriormente en desarrollo web, se procederá a mencionar partes del rediseño que permitieron cambios y mejoras gracias a la ayuda de los especialistas y el testeo inicial realizado durante una charla psicoeducativa que testeó ideas de usabilidad, cuentos aplicados a un mapa esqueleto web, la estructura narrativa e idea de guión de la señora Susana Rodríguez .

### AJUSTES

Durante el desarrollo de la parte gráfica del proyecto, las visualizaciones iniciales contaron con un excesivo uso de vectorizado utilizando recursos como los listones en blanco y negro, que resultaron ser un recurso muy obvio. Se optó su descarte por este motivo, considerando que también fue un

recurso sobre utilizado excesivamente.

También se presentaron Y desde incorporación como agregar un número a cada botón de la barra de navegación ya que esto, permitía en inicio entender un recorrido por los botones, estos elementos se eliminaron después de observar que muchos sitios web minimalistas no contaban con recursos

como este, sino que contaba con un recurso utilizar llamado "Hover", que luego fue incorporado como interacción dentro del sitio web debido a que era un recurso simplista y daba conocer de forma concreta niveles de despliegue información junto con el uso de cambio de color.

Con respecto al tema del color de



Variaciones de gama cromática.



Pruebas de color para sitio web.

fondo y total se presentaron decisiones importantes ya que en inicio el rosado considerado como parte del logotipo, (el cual se mantuvo en el logotipo como una opción para dar cercanía), no era un recurso muy acertado para abarcar el uso de los botones iniciales de las temáticas, ya que resultaba ser extremadamente femenino e infantil. También se hicieron pruebas de color con

antelación para los fondos, los cuales no fueron bien evaluados por los asesores de desarrollo web.

Dado esto también se optó por descartar el uso de texturas, papel de fondo y cualquier uso del color, dejando el blanco como la mejor alternativa dentro de la utilización en relación con las imágenes, para generar una visualidad

mucho más pregnante de la ilustración. Incluir cualquier otro elemento extra como botones con número, botones con listón, pruebas de color con colores de fondo fuertes y vibrantes, uso de textura de fondo como papel, colores de fondo pasteles y utilización de vectores eran demasiado complejos.

En la barra de navegación fueron

eliminados del proceso de diseño y se desvincularon por ser excesivamente complejos y otorgar “carga conceptual” de otros lenguajes como “sacado de internet”.

Uso de dos colores del menú, fue decidido a partir de la gama cromática considerando que el azul y el verde interactuaban bien para poder

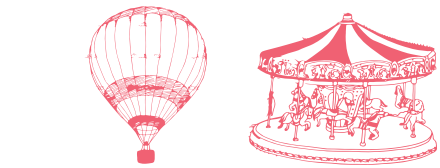


Pruebas fondos de color.

dar una jerarquización por hover al decidir que contenidos profundizar. Esto permitiría que el usuario no se perdiera y también no tener cargas conceptuales femeninas como el uso de Rosa el cual fue descartado.

El listón presente en las presentaciones de cada cuento por medio del uso del frame 1, fueron bien recibidas

aunque consideraron los especialistas que deben poseer quizás más de un color. Esto se sometió pruebas aunque se mantuvo el color base decidido siguiendo el verde elegido para los títulos, como una forma unitaria de color de elementos para mostrar la página. El incorporar más color o gamas de color distinto empezaría a competir con la ilustración, por lo que fue descartado.



Botones Home - Carpas

2  
Características de la Bipolaridad



Botones fallidos.



Botones Home - Nuevos

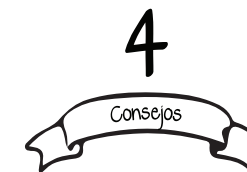
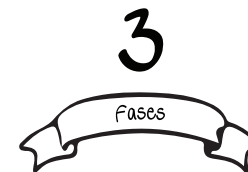
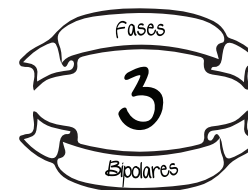
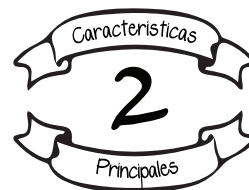
Boton About



Con respecto al tamaño de imagen dentro de cada frame se optó por dejar la primera disposición dispuesta, ya que por proporción las imágenes interactúan de buena forma con el texto, y al ser mayor el tamaño generarían desconfiguración de la estructura. Considerando también el trabajo realizado junta programación, los especialistas web recomendaron no utilizarla por lo

menos durante la primera etapa ya que podría llevar a la pérdida de la estructura inicial generando problemas de visualizaciones. Esto también podría generar problemas con los textos, que fueron dispuestos de un cierto tamaño cantidad de palabras para poder entrar dentro de cada bloque de texto.

Con respecto los textos conside-



*Pruebas de listones web.*

rando que ya se contaba con bastante información a base de los contenidos, el contenido inicial para el guión fue modificado y sintetizado para poder ser aplicado cantidades de texto acotadas. Esto facilitaría la lectura y el dinamismo en la lectura de textos conforme avanzaba cada frame de cada cuento.

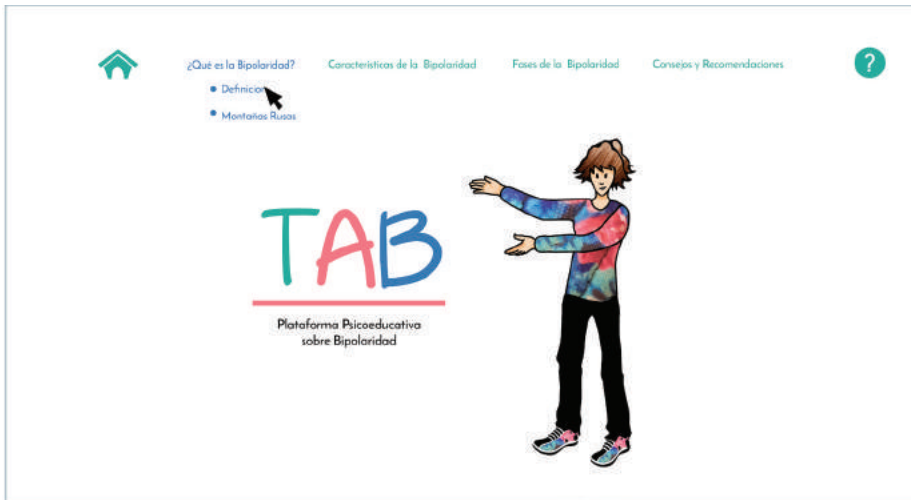
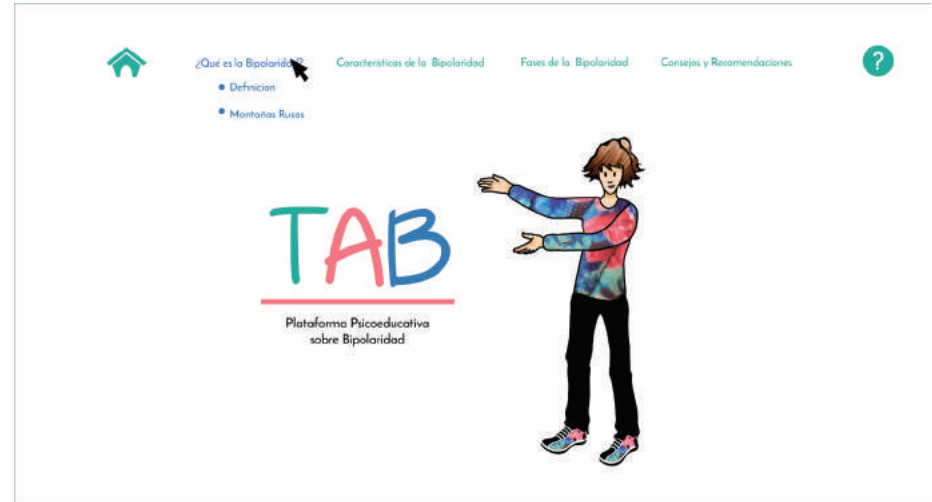
El icono de home fue uno de los que presentó bastantes problemas durante el desarrollo ya que se decidían elementos con una carga conceptual muy alta que no reflejaban la vuelta la pantalla de inicio. Al final se optó por utilizar el concepto de casa que es un elemento muy utilizado en

el uso de sitios web.

También la estructura cambió, acotó y sintetizó algunos frames presentes dentro del Storyboard total, los cuales terminaron formando parte de otras historias a modo de un frame extra-agregado conteniendo dos con la misma idea.

### MEJORAS Y PROYECCIONES

Dentro de las mejoras específicas estuvieron algunas asociadas al uso de la interconexión entre usuarios, establecimiento de alianzas clave y estratégicas como charlas y el gobierno, y la incorporación de un rosario junto cuantos descargables.





¿Qué es la Bipolaridad? Características de la Bipolaridad Fases de la Bipolaridad Consejos y Recomendaciones



Antes le decían "Trastorno Maniaco Depresivo". Ahora se le conoce como "Trastorno Afectivo Bipolar". En este caso lo llamaremos TAB para recordarlo fácilmente. Este posee fases de depresión de ánimo muy bajo y periodos de aceleración como Manía e Hipomanía en donde tu ánimo se va a las nubes. Puede sonar simple pero no lo es. Muchas veces es difícil mantener la calma.

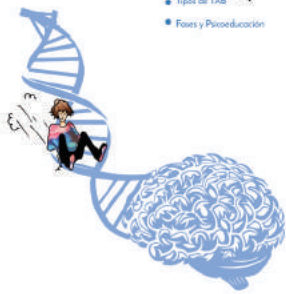
¿Qué es la Bipolaridad? Características de la Bipolaridad Fases de la Bipolaridad Consejos y Recomendaciones



La bipolaridad es una enfermedad genética que afecta el cerebro haciéndolo más débil. Las emociones intensas se convierten así en estímulos fuertes que pueden descalibrar el ánimo.

¿Qué es la Bipolaridad? Características de la Bipolaridad Fases de la Bipolaridad Consejos y Recomendaciones

- Desencadenantes
- Tipos de TAB
- Fases y Psicoterapia

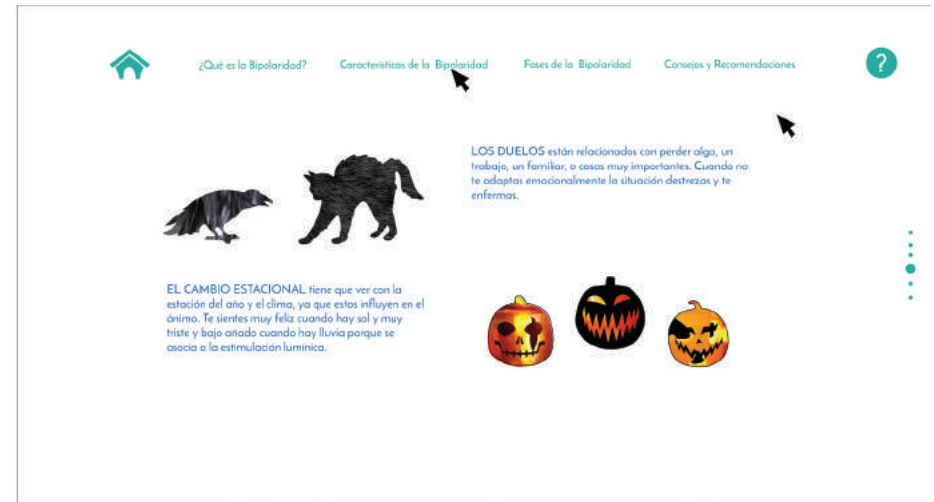
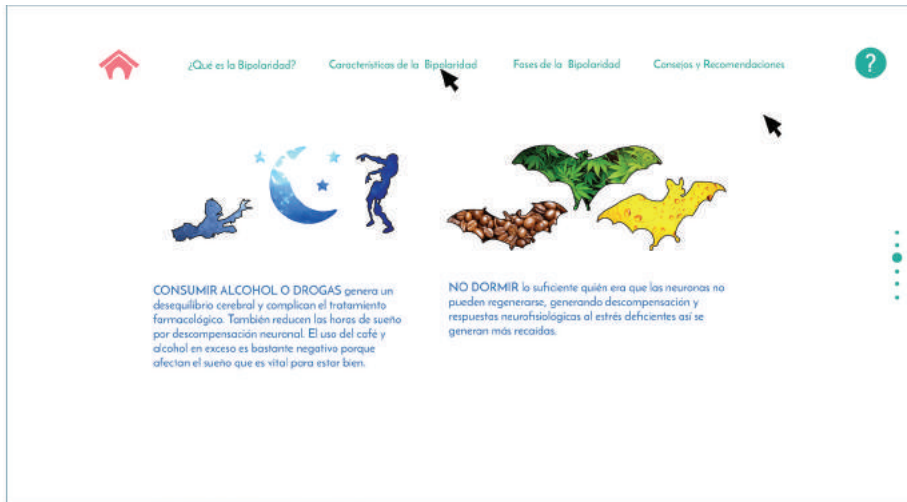


La bipolaridad es una enfermedad genética que afecta el cerebro haciéndolo más débil. Las emociones intensas se convierten así en estímulos fuertes que pueden descalibrar el ánimo.

¿Qué es la Bipolaridad? Características de la Bipolaridad Fases de la Bipolaridad Consejos y Recomendaciones



La primera vez que fui a un especialista con mi mamá me aprendí por su larga barba blanca. Nos dijo a mí y a mi mamá que muchas personas no saben que la Bipolaridad. Tiene una base genética que se gatilla con distintos desencadenantes. Estos juegan en contra cuando interactúan con la genética activando este trastorno.



# 14

## Financiamiento y Canvas

Modelo Canvas, es una herramienta para generar un modelo de negocios rentable sustentado en la propuesta de valor para los clientes de nuestros productos o servicios, además permite organizar de manera lógica la operativa del proyecto para crear valor. Otra ventaja es que todas las fortalezas y debilidades son reflejadas al mismo tiempo, de manera muy visual para tener una imagen completa del conjunto.



La fuente de información inicial para el desarrollo del proyecto son especialistas en el área de la psicología, y que frente al desarrollo de una segunda etapa, su asesoría podría someterse a un estudio de costos. Esto depende de cada especialista.

Para el desarrollo de una posible segunda etapa se puede contar con el apoyo de especialistas que no necesariamente cobren por sus entrevistas. También se tiene en consideración la ayuda, a nivel de fondos monetarios, del gobierno, de privados y alianzas estratégicas con los COSAM.

Los costos de material impreso tales como tarjetas de presentación, afiches, trípticos, muestrarios de imágenes, etc. se somete a costo variable debido a que no se contó con una cotización.

Costos asociados a difusión en redes sociales y posicionamiento web se someterán a costo variable solamente en caso del desarrollo de una segunda etapa.

## Web



Prestaciones de servicio en la realización de la página web .....400.000 + IVA



Hosting online .....65.000 + IVA



Creación del dominio .....9950

## Ilustración



Diseño y creación de ilustraciones .....750.000

Total considerado por creación web e inicio de actividades en primera etapa .....1.224.950+ IVA

## Modelo de Negocios Canvas

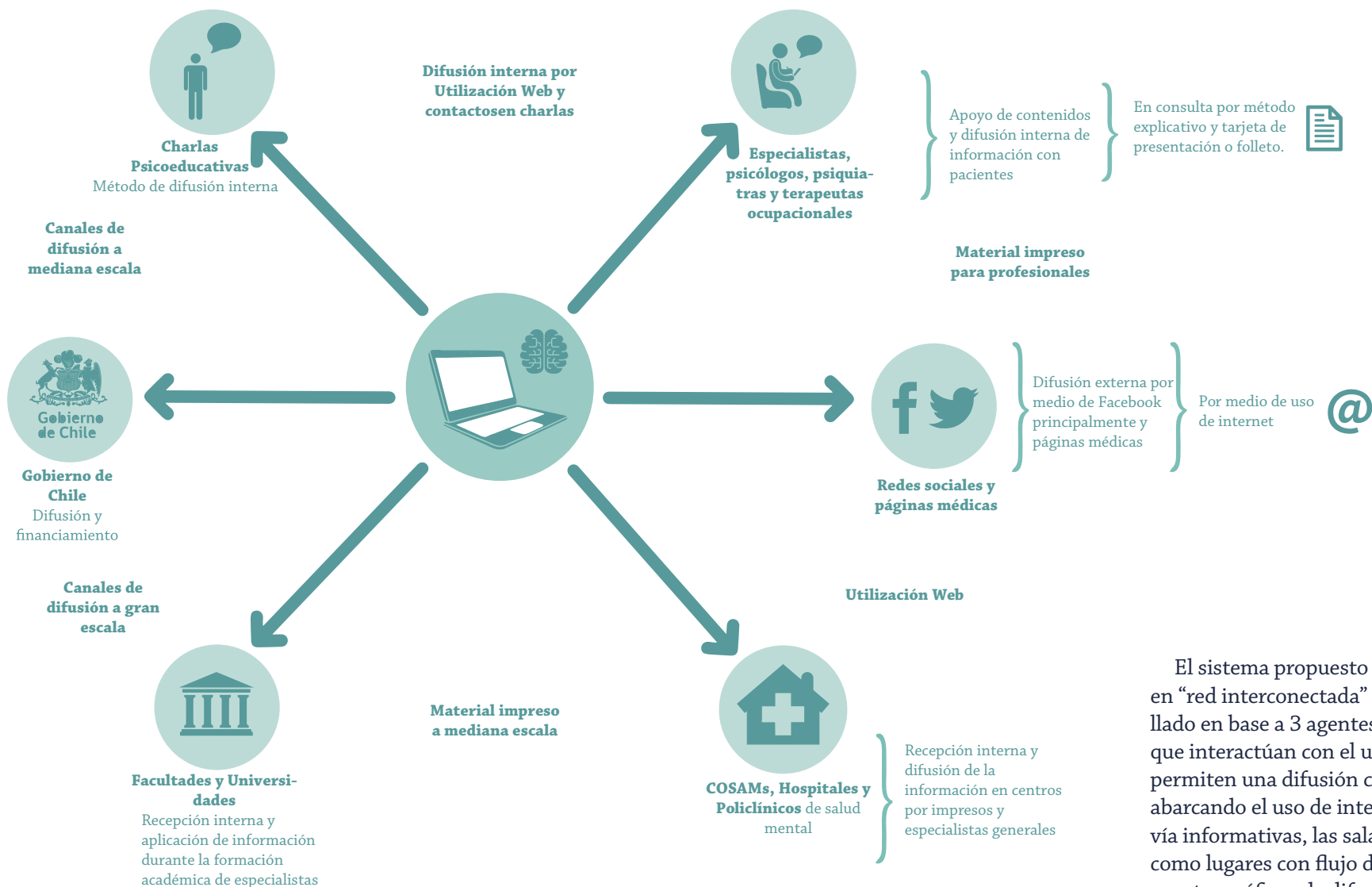


# 15

## Difusión y Alianzas

Las alianzas estratégicas que se plantea instaurar son una parte clave importante, para que la difusión de la plataforma pueda realizarse de forma exitosa.

Considerando que por lo observado a partir de las guías psicoeducativas actuales existentes y su interacción con el usuario, se considera que las vías de difusión más usadas son internet o la información otorgada por el especialista.



El sistema propuesto es un sistema en “red interconectada” desarrollado en base a 3 agentes principales que interactúan con el usuario y que permiten una difusión considerable abarcando el uso de internet como vía informativas, las salas de espera como lugares con flujo de visitas sin aportes gráficos de difusión de información, y a los especialistas como focos informativos de “primera línea”.

Los agentes de difusión en red se plantean como:

**1) Especialistas expertos:** psicólogos y médicos generales del sistema público y privado de salud que abarcan parte importante del diagnóstico y que reciben un gran número de familiares y amigos del paciente con TAB junto a pacientes durante las consultas. Éstos sería focos informativos de material psicoeducativo y otorgarían parte del material impreso como tarjetas de presentación.

*Red de contactos y difusión del proyecto –redes de difusión– alianzas estratégicas:*

- ~ Consulta particular psiquiatras y psicólogos con tarjeta de presentación
- ~ Red de centros asistenciales de salud mental.
- ~ COSAMs y Salas de espera
- ~ Alianza con el gobierno
- ~ Centros de formación psicológica
- ~ Centros de atención psicológica y psiquiátrica pública o privada

- ~ Universidades y centros de formación psiquiátrica
- ~ Instituciones y facultades universitarias donde se imparte la carrera psicología.
- ~ Policlínico salud mental el hospital Salvador
- ~ Charla psicoeducativas de Susana Rodríguez
- ~ SOCHITAB

**2) Material Impreso:** Éste en forma de material impreso al abrir un nuevo canal informativo se vincularía con epicentros informativos de salud mental y COSAMs, consultas psiquiátricas públicas o privadas y facultades de universidades y centros de formación de profesionales de la salud como psicólogos y psiquiatras entre otros.

Algunos de éstos impresos comprenden material psicoeducativo

adaptado en libros explicativos de pequeño formato, afiches informativos dispuestos en COSAMs al igual que dípticos y trípticos y el nexos con el sitio web, panfletos explicativos al igual que afiches mostrando nexos con el sitio web en facultades y tarjetas de presentación entregadas en consultas de especialistas.

*Impresos:*

- ~ Afiches
- ~ Dípticos
- ~ Trípticos
- ~ Tarjetas de Presentación
- ~ Libros narrativos impresos de pequeño formato

**3) Sitio Web propio:** La plataforma web junto a redes sociales, como Facebook, permitiría mayor cantidad de contenidos dispuestos y un mayor rango de difusión de éstos conteni-

dos por medio del uso de internet. También la disposición digital por difusión en web de plataformas podría integrar contactos de otros nexos informativos como blogs psicoeducativos como los creados por la Susana Rodríguez o Matilde Mualim, los cuales consideran información experiencial que podría ser un aporte importante para comprender la enfermedad para los familiares y amigos del paciente con TAB.

*Disposición digital por difusión web en plataformas:*

- ~ Redes sociales
- ~ Blog de Susana Rodríguez
- ~ Blog de Matilde Mualim
- ~ Páginas que hablen sobre psiquiatría.

Estas permitiría la difusión de contenidos y una forma de que el usuario profundice la enfermedad de forma óptima.



16

## Proyecciones Futuras

Algunas proyecciones futuras ideadas son:

**1) Extensión y ampliación de contenidos**

Dado que la primera etapa del proyecto abarcó contenidos introductorios y que no abarcan temáticas más delicadas y profundas de la enfermedad, se pretende el desarrollo más profundo de contenidos con la ayuda de especialistas calificados que puedan dar información sobre el desarrollo de TAB durante etapas de la enfermedad que se relacionan

con el suicidio, la vejez, el parto, la lactancia, la adolescencia y la niñez. Los contenidos anteriores más complejos y profundos serían una segunda instancia de consolidación del proyecto más delicada que serían abarcadas por una segunda estructura de ampliación de contenidos. Estos podrían ser abarcados por medio de cuentos descargables unitarios o entregados de forma global.

**2) Nuevas funciones de la plataforma**

Dadas algunas observaciones se

propondría establecer nuevas instancias informativas dentro de la plataforma web como una serie de “preguntas frecuentes” para ofrecer recorridos narrativos de lectura más acotados. También se piensa la adaptación de la plataforma al uso de otros dispositivos como celulares, tablets, etc.

**3) Edición y creación de material difusorio impreso y digital**

Se plantea una forma de crear, difundir y distribuir la plataforma digital por medio de redes sociales e impresos dispuestos en centros y consultas

psiquiátricas que funciones como nexo entre el usuario y el sitio web.

**4) Consolidación de nexos con alianzas clave, financiamiento estatal y aporte de privados**

Por medio del fondos gubernamentales y las alianzas estratégicas se plantea instaurar y buscar financiamiento y difusión para el proyecto con el objetivo de establecer nexo con el usuario entregándole los contenidos pertinentes desarrollados para mejorar su situación de desinformación actual.



# Bibliografía

## LIBROS

Grinberg, León. (1983). *Culpa y Depresión: Estudio Psicoanalítico*. Madrid: Alianza Editorial.

Gastó, C., Vallejo J., & Menchón, J. (1993). *Depresiones Crónicas*. Barcelona: Ediciones Doyma.

Jamison, Kay. (1996). *Una Mente Inquieta: Testimonio sobre afectos y Locura*. Buenos Aires: Tusquets Editores.

Paez, Darío. (1986). *Salud Mental y Factores Psicosociales*. Madrid: Editorial Fundamentos.

Solomon, Andrew. (2002). *El demonio de la depresión*. Barcelona: Ediciones B.

OMS. (1977). *Salud Mental y Desarrollo Psicosocial del niño*. Ginebra: Serie de informes Técnicos 613 B.

Wormer, Eberhard. (2004). *Bipolar: Depresión y Manía - Vivir con Emociones Extremas*. Buenos Aires: Ediciones Robinbook.

Silva, Hernán., Correa, Eduardo., De la Barra, Flora., Koppmann, Alejandro., & Larach., Verónica., (2004). *El Trastorno Bipolar y el Espectro de la Bipolaridad*. Chile: C&C Aconcagua División Editorial.

Ghaemi, Nassir., (2008). *Mood Disorders: A Practical Guide Second Edition*. Philadelphia: Lipincott - Williams & Wilkins.

Phelps, J., (2006). *Why Am I Still Depressed?*. New York: McGraw-Hill.

Oliwensrein, L., (2005). *Taming Bipolar Disorder*. New York: Penguin.

Mcmanamy, J., (2006). *Living Well with Bipolar Disorder and Depression*. New York: HarperCollins.

Chazaud, J., (1982). *La Melancolía: Estudios psicoanalíticos sobre las psicosis maníaco-depresivas*. Barcelona: Herder.

Gray, P., (2008). *Psicología: Una nueva Perspectiva*. México: McGraw-Hill.

Retamal, P., (2001). *Enfermedad bipolar : guía para el paciente y la familia*. Chile: Editorial Mediterráneo.

Retamal, P., (2003). *Pedro, Depresión Clínica y terapéutica*. Chile: Editorial Mediterráneo.

Retamal, P., (2005). *Enfermedad depresiva : guía para el paciente y la familia*. Chile: Editorial Mediterráneo.

Retamal, P., (2012). *Enfermedades del Ánimo*. Chile: Editorial Mediterráneo.

Psiquiatría, Asociación Americana., (2013) *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5ª ed.) ("DSM-5"). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing

Vieta E., Colom, F., (2003). *Convivir con el trastorno bipolar*. Buenos Aires: Panamericana.

Vieta E., Colom, F., (2004). *La enfermedad de las emociones*. Barcelona: Psiquiatría Editores, S.L.

Vieta E., Colom, F., (2008). *De la Euforia a la Tristeza, El trastorno Bipolar: Como conocerlo y tratarlo para mejorar la vida*. Madrid: La esfera de los libros, S.L.

Vieta E., Colom, F., (2006). *Psychoeducation Manual for Bipolar Disorder*. New York: Cambridge University Press.

- Strakowski, Stephen., (2014). *Bipolar Disorder*. New York: Oxford University Press.
- Ojeda, C., (1991). *La Depresión Bipolar : (enfermedad maniaco-depresiva o trastorno bipolar del estado de ánimo)*. Santiago: Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía.
- Bloch, Susana., (2008). *Surfeando la ola emocional: reconozca las emociones básicas y comprenda sus emociones mixtas*. Santiago de Chile: Uqbar
- Bloch, Susana., (2008). *Al alba de las emociones: respiración y manejo de las emociones*. Santiago de Chile: Uqbar
- Apablaza, Francisca., (2015). *Aprender a escribir cuentos*. Santiago de Chile: Cuarto Propio
- Steele, Alexander., (2014). *Escribir ficción: 10 práctica de la famosa escuela de escritores de Nueva York*. España: Alba Editorial
- Lotman, Yuri., (2011). *Estructura del texto artístico*. España: Tres Cantos:
- Goldsmith, Kenneth., (2011). *Uncreative Writing*. U.S.A: Columbia University Press.
- Chatman, Seymour., (1990). *Historia del discurso: La estructura narrativa en la novela y el cine*. España: Altea Taurus Alfaguara
- Deslisle, Guy., (2013). *Crónicas Birmanas*. España: Astiberri Ediciones
- Jenkins, Henry, Ford, Sam, Green Joshua., (2015). *Cultura Transmedia: la creación de contenido y valor en una cultura en red*. España: Editorial Gedisa S.A.
- Serrano, Vicente, Salvat, Guiomar., (2015). *Tras el Ensayo Digital: Una Aproximación Interdisciplinaria a la Sociedad de la Información*. Chile: Ediciones Universidad Austral de Chile.

## ENTREVISTAS Y CUESTIONARIOS A ESPECIALISTAS

Transcripciones en anexos\*

Dra. Fabiola Serrano, Médico Psiquiatra Universidad de Chile  
Tratante de Pacientes con Trastorno Bipolar

Pedro Retamal, Médico Psiquiatra Universidad de Chile  
Tratante y experta en Trastorno Bipolar

Felipe Leddermann, Psicólogo Universidad Central  
Tratante de Pacientes con Trastorno Bipolar

Susana Rodríguez  
Realizadora de Charlas Psicoeducativas sobre Bipolaridad del Hospital El Salvador

## ASESORÍAS PRESENCIALES EN CONTENIDOS DE ÁREA GRÁFICA, WEB Y NARRATIVA

Gabriela Warner, Diseñadora de la Pontificia Universidad Católica de Chile  
Escritora de cuentos y Cuenta-cuentos

Álvaro de Venegas Zamorano, Ingeniero y desarrollador Web  
Experto en marketing digital

Ricardo Vega, Desarrollador web  
Diseñador de la Pontificia Universidad Católica de Chile

Cristóbal Domínguez, Desarrollador y colaborador web en “Desafío LATAM”  
Experto en uso de lenguajes Html5, CSS3 y JavaScript

Dra. Fabiola Serrano, Médico Psiquiatra Universidad de Chile  
Tratante de Pacientes con Trastorno Bipolar

## WEBS

*Noticias y contexto nacional*

<http://www.lanacion.cl/trastornos-bipolares-inspiracion-de-artistas-y-politicos/noticias/2011-04-15/185041.html>

<http://www.edicionesespeciales.elmercurio.com/destacadas/detalle/index.asp?idnoticia=201207121045765>

<http://www.lanacion.cl/el-80-de-consultas-auge-en-isapres-es-por-depresion/noticias/2006-07-10/193136.html>

<http://www.lasegunda.com/Noticias/Nacional/2013/02/824834/bipolares-entran-al-auge-calculan-en-200-mil-los-chilenos-con-este-trastorno>

<http://www.biobiochile.cl/noticias/2016/04/14/chile-lidera-ranking-de-depresion-oms-llamo-al-gobierno-a-instaurar-ley-de-salud-mental.shtml>

<http://www.elmostrador.cl/noticias/pais/2016/04/15/altos-indices-de-depresion-y-suicidios-de-ninos-en-chile-levantan-alerta-de-la-oms/>

[http://www.eldefinido.cl/actualidad/plazapublica/990/Trastorno\\_bipolar\\_La\\_importancia\\_de\\_un\\_diagnostico\\_oportuno/](http://www.eldefinido.cl/actualidad/plazapublica/990/Trastorno_bipolar_La_importancia_de_un_diagnostico_oportuno/)

<http://www.cooperativa.cl/noticias/sociedad/0/0/experto-la-bipolaridad-tarda-12-anos-en-ser-detectada-en-chile/2010-09-05/124220.html>

<http://www.24horas.cl/tendencias/aumenta-diagnostico-de-trastorno-bipolar-en-ninos-y-adolescentes-en-america-latina-1560887>

<http://www.paula.cl/reportaje/el-revival-del-litio/>

<http://www.elquintopoder.cl/salud/salud-mental-en-chile-una-sociedad-sobreadaptada>

<http://ciperchile.cl/2012/09/26/salud-mental-en-chile-la-otra-cara-del-malestar-social/>

<http://radio.uchile.cl/2013/09/24/chile-es-un-pais-brutalmente-enfermo>

[http://www.saludactual.cl/trastornos-mentales/viviendo\\_al\\_borde\\_que\\_es\\_la\\_bipolaridad.php](http://www.saludactual.cl/trastornos-mentales/viviendo_al_borde_que_es_la_bipolaridad.php)

<http://www.latercera.com/noticia/nacional/2012/12/680-497830-9-minsal-chile-registra-la-segunda-mayor-tasa-de-aumento-del-suicidio-adolescente.shtml>

<http://www.latercera.com/noticia/nacional/2016/02/680-668584-9-aumenta-uso-de-las-patologias-de-salud-mental-del-auge-en-afiliados-a-isapres.shtml>

<http://www.psicologiaglobal.cl/noticia.php?id=46>

<http://diprece.minsal.cl/programas-de-salud/salud-mental/salud-mental-en-chile/>

<http://diprece.minsal.cl/programas-de-salud/salud-mental/investigacion-y-epidemiologia-en-salud-mental-2/>

<http://www.psiquiatriachile.cl/2014/12/algunas-cifras-de-la-salud-mental-en-chile/>

## REFERENTES INICIALES Y REFERENTES VISUALES

<http://www.elciudadano.cl/2015/07/29/194177/sabes-lo-que-es-vivir-con-una-enfermedad-mental-este-actor-te-lo-describira/>

<http://www.elmagallanews.cl/noticia/tecnologia/alumnos-de-diseno-presentan-propuestas-para-elaborar-material-preventivo-de-salud>

[http://www.radiomagallanes.cl/noticia.php?id\\_not=49066](http://www.radiomagallanes.cl/noticia.php?id_not=49066)

<https://www.inacap.cl/tportalvp/disenio-y-comunicacion/noticias/noticias-area/alumnos-del-area-de-diseno-comunicacion-de-inacap-punta-arenas-son-reconocidos-por-seremi-de-salud>

<http://elpinguino.com/noticias/150612/Alumnos-de-INACAP-elaborarn-agenda-sobre-factores-protectores-de-salud-mental>

<http://www.inacap.cl/tportalvp/disenio-y-comunicacion/noticias/noticias-area/alumnos-de-inacap-punta-arenas-reciben-capacitacion-sobre-salud-mental>

[http://www.radiopolar.com/noticia\\_83185.html](http://www.radiopolar.com/noticia_83185.html)

[http://www.soberaniaradio.cl/site/noticia.php?id\\_not=19874](http://www.soberaniaradio.cl/site/noticia.php?id_not=19874)

<http://diprece.minsal.cl/programas-de-salud/salud-mental/salud-mental-en-chile/>

<http://www.miguel-gallardo.com/>

<http://www.constitucionario.cl>

<http://www.observatoriodiscapacidadmental.cl/wp-content/uploads/2014/09/guia-conociendo-el-trastorno-bipolar.pdf>

<http://www.palabrademujer.com>

<http://www.dtpm.cl>



<http://www.albaemoting.cl>  
<http://capconversapendent.org/>  
<http://www.urbandesignmentalhealth.com>  
<http://www.artwithimpact.org/civCRM/event/info?reset=1&id=125>  
<http://www.zestydoesthings.com/realmonsters>

### AUGE Y RED GESAM

<http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/569/w3-propertyvalue-2934.html>  
<http://www.supersalud.gob.cl/568/w3-article-515.html>  
<http://www.redgesam.cl/wp/?p=1819>  
<http://www.redgesam.cl/wp/?p=494>  
<http://www.redgesam.cl/files/Depresion.pdf>  
<http://www.redgesam.cl/files/Como%20activar.pdf>  
<http://www.redgesam.cl/wp/?p=494>  
[http://www.redgesam.cl/wp/?page\\_id=5](http://www.redgesam.cl/wp/?page_id=5)  
<http://bip101.blogspot.cl/>  
[http://www.who.int/gho/publications/world\\_health\\_statistics/es/](http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/es/)

### CHARLAS Y AUDIOVISUALES

[https://www.ted.com/talks/thomas\\_insel\\_toward\\_a\\_new\\_understanding\\_of\\_mental\\_illness/transcript](https://www.ted.com/talks/thomas_insel_toward_a_new_understanding_of_mental_illness/transcript)  
<https://www.youtube.com/watch?v=qxLeb5y6p7s>

[https://www.youtube.com/watch?v=YybEpQK\\_g-8](https://www.youtube.com/watch?v=YybEpQK_g-8)

[https://z-1-cdn.fbsbx.com/hphotos-xpt1/v/t59.270821/12678368\\_10154105357394127\\_982542972\\_n.pdf/Sept\\_2014\\_Page.pdf?\\_nc\\_ad=z-m&oh=42ad2ccfd8342ccc4086704e15e113fb&xoe=570E63BD&dl=1](https://z-1-cdn.fbsbx.com/hphotos-xpt1/v/t59.270821/12678368_10154105357394127_982542972_n.pdf/Sept_2014_Page.pdf?_nc_ad=z-m&oh=42ad2ccfd8342ccc4086704e15e113fb&xoe=570E63BD&dl=1)

<https://www.youtube.com/watch?v=2VRRx7Mtep8&feature=youtu.be&list=UU07-dOwgza1IguKA86jqxNA>

<https://www.youtube.com/watch?v=RfrajvRSaZQ&sns=em>

### ENTIDADES

Sociedad Chilena de Trastornos Bipolares  
<http://sochitab.blogspot.cl>

American Psychiatric Association  
<https://www.psychiatry.org/>

Liga chilena contra la epilepsia  
<https://www.ligaepilepsia.cl/>

Corporacion Neuropsiquiatrica De Chile  
<http://www.conepsi.cl/bipolar.html>

Sociedad de Neurología, psiquiatría y neurocirugía de Chile  
<https://www.facebook.com/SONEPSYN/>

Fundación Orange para la integración del autismo:  
<http://www.fundacionorange.es/>

### REVISTAS CIENTÍFICAS Y PUBLICACIONES

[http://www.ercilla.cl/web/index.php?option=com\\_content&task=view&id=117&Itemid=4](http://www.ercilla.cl/web/index.php?option=com_content&task=view&id=117&Itemid=4)  
[http://www.dc.cl/dlprod/media/contenidos/pdf/MED\\_16\\_1/ConsideracionesTrastornosBipolaresEspecialmente.pdf](http://www.dc.cl/dlprod/media/contenidos/pdf/MED_16_1/ConsideracionesTrastornosBipolaresEspecialmente.pdf)  
<http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v18n4-5/28097.pdf>  
[http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872010000600017&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872010000600017&script=sci_arttext)  
<http://www.sonepsyn.cl/index.php?id=1155>  
<http://www.elsevier.es/es-buscar?txtBuscador=bipolar&cmbBuscador=all>

### DOCUMENTOS Y PROTOCOLOS MÉDICOS

[http://www.sopnia.com/guiasclinicas/psiquiatria/ENFERMEDAD\\_BIPOLAR\\_GUIA\\_PARA\\_PACIENTES\\_Y\\_FAMILIA.pdf](http://www.sopnia.com/guiasclinicas/psiquiatria/ENFERMEDAD_BIPOLAR_GUIA_PARA_PACIENTES_Y_FAMILIA.pdf)  
[http://www.dc.cl/dlprod/media/contenidos/pdf/MED\\_16\\_1/ConsideracionesTrastornosBipolaresEspecialmente.pdf](http://www.dc.cl/dlprod/media/contenidos/pdf/MED_16_1/ConsideracionesTrastornosBipolaresEspecialmente.pdf)

<http://www.senadis.gob.cl/descarga/i/2057>

<http://psicologia.udd.cl/files/2010/06/Situacion-Salud-Mental-en-Chile-x-Minsal.pdf>

[http://www.dc.cl/dlprod/media/contenidos/pdf/MED\\_16\\_1/ConsideracionesTrastornosBipolaresEspecialmente.pdf%22%20%5Ct%20%22\\_blank](http://www.dc.cl/dlprod/media/contenidos/pdf/MED_16_1/ConsideracionesTrastornosBipolaresEspecialmente.pdf%22%20%5Ct%20%22_blank)

[http://www.ssmn.cl/descargas/protocolos\\_referencia\\_contrareferencia/instituto\\_psiquiatrico/protocolo\\_t\\_afectivo\\_bipolar\\_2012.pdf](http://www.ssmn.cl/descargas/protocolos_referencia_contrareferencia/instituto_psiquiatrico/protocolo_t_afectivo_bipolar_2012.pdf)

[http://www.schilesaludmental.cl/2007\\_24\\_agosto\\_conce/2\\_Trastorno\\_de\\_Espectro\\_Bipolar.pdf](http://www.schilesaludmental.cl/2007_24_agosto_conce/2_Trastorno_de_Espectro_Bipolar.pdf)

<http://web.minsal.cl/portal/url/item/db835d0231c5115fe0400101640126b7.pdf>

<http://www.elsevier.es/es-buscar?txtBuscador=bipolar&cmbBuscador=all>

<http://www.aulamedic.com/sm/sochitab/2014/gp.pdf>

<http://www.fundacioncadah.org/web/articulo/que-es-el-dsm-iv-tr-afectara-la-nueva-version-dsm-5-al-tdah.html>

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/>

## CARACTERÍSTICAS DE LA ENFERMEDAD

<http://www.med.uchile.cl/2005/septiembre/2513-trastorno-bipolar-produce-muerte-neuronal.html>

[http://www.cetep.cl/web/?page\\_id=539](http://www.cetep.cl/web/?page_id=539)

<http://www.psiquiatriachile.cl/>

<http://www.vidabipolar.com/t/index.php/mitos-y-realidades/estadisticas-impacto>

[http://www.animo.cl/Dr\\_Paz.htm](http://www.animo.cl/Dr_Paz.htm)

<http://mundoclaraboya.blogspot.cl/2010/11/el-trastorno-bipolar-en-chile.html>

<http://noticias.med.uchile.cl/2005/septiembre/2513-trastorno-bipolar-produce-muerte-neuronal.html>

<http://www.nami.org/>

[http://www.cetep.cl/web/?page\\_id=539](http://www.cetep.cl/web/?page_id=539)

<http://www.psicologiaglobal.cl/noticia.php?id=46>

<http://diprece.minsal.cl/programas-de-salud/salud-mental/guias-orientaciones-y-normativas/>

<http://diprece.minsal.cl/programas-de-salud/salud-mental/ley-de-salud-mental/>

<http://www.supersalud.gob.cl/difusion/572/w3-article-8340.html>

## REFERENCIAS PARA PACIENTES Y FAMILIARES

<http://www.observatoriodiscapacidadmental.cl/presentan-guia-para-pacientes-y-familiares-conociendo-el-trastorno-bipolar/>

<http://www.bipolaridad.net/>

<http://www.psycheducation.org/>

<http://www.mhsource.com/>

<http://www.bipolarworld.net/>

<http://www.psiquiatria.cl/>

<http://www.dbsalliance.org/>

# Anexos

# 01. Pauta Entrevistas

## Entrevista para proyecto:

Nombre:

Horario aproximado de revisión y confección de respuestas:

### ***Temática 1: Vivencias al inicio de la enfermedad***

1) Considerando que su familiar fue diagnosticado con bipolaridad, ¿podría relatarme la etapa previa a este diagnóstico? ¿cómo fue el proceso de establecer la enfermedad como bipolaridad y no como depresión? ¿cómo fueron las sospechas desde el principio? ¿cómo se fueron evidenciando?

2) Con respecto a momentos complicados de la enfermedad ¿podría relatarme algunas de las vivencias de cómo su familiar tuvo la primera “crisis anímica”? ¿cómo se desarrolló? ¿qué año sucedió y cómo ocurrió? ¿qué evidenció su familiar como “síntomas” previos y durante la crisis? ¿cómo reaccionó su familiar emocionalmente?

3) Con respecto a su familia, ¿cómo reaccionó ésta con la primera “crisis anímica” (su madre, su padre, o hermanos)? ¿qué información se manejaba inicialmente a nivel familiar? ¿qué fue lo más difícil de comprender? ¿cómo fue la búsqueda de información (recurrió a internet, a especialistas, a amigos, etc)?

4) ¿Cómo se sintió ud. anímicamente? ¿cómo cree que se sintió su familiar?

### ***Temática 2: Proceso de las “Crisis anímicas”***

1) Podría describir a su percepción cómo se desarrolla una “crisis anímica”, un “bajón anímico”, una “euforia anímica”.

2) ¿Cuáles cree que son algunas de las vivencias más complicadas en que le ha tocado apoyar a su familiar durante una “crisis anímica”?

### ***Temática 3: Proceso de “contención” de una “crisis eufórica”/”bajón anímico”***

1) ¿Cuál cree que es la mejor forma de contener una “crisis anímica”, un “bajón anímico”, o una “euforia anímica”, ¿cree que existan “tipos de contención” (puede mencionar alguna)? ¿es difícil apoyar a su familiar en estos momentos? ¿su familiar permite el acercamiento?

2) ¿Qué medidas (o herramientas) ha tomado para ayudar a su familiar en momentos más complicados?, y también ¿qué medidas precautorias se han tomado para ayudar en los síntomas de inicio de una “crisis anímica”?

3) ¿Cuál cree que podrían ser los síntomas que presenta una “crisis anímica” a modo físico de su familiar y también de forma emocional de su familiar? ¿cómo es percibido por la familia?

### ***Temática 4: Proceso de Información sobre la enfermedad***

1) ¿Cuánto cree que sabía su familia en comienzo sobre la enfermedad? ¿cómo y qué escucharon para informarse (fue de familiares cercanos, internet, amigos, especialistas, etc)?

2) ¿Encontró mucha o poca información (guías, libros, etc)? ¿Fue clara de entender? ¿logró aplicarla? ¿cómo cree que sería más fácil de entender?

### ***Temática 5: Proceso de Información sobre la enfermedad***

1) Podría mencionar en cuanto tiempo puede desarrollarse un “bajón anímico”, alguna “crisis anímica” y ¿en cuánto tiempo puede “se contenida” esta situación? Y ¿cómo la familia reacciona en un tiempo aproximado?

2) En ¿cuántos años o meses demoró el diagnosticar la enfermedad?

### ***Temática 6: Proceso de Información sobre la enfermedad***

1) ¿Cuan importante es su familia para la contención de su familiar en momentos de “bajones anímicos” y “crisis anímicas”?

2) ¿Cuáles cree que son los roles más fundamentales (sus padres, ud., los amigos de su familiar)? ¿y por qué?

3) ¿Cuánto ha influido la enfermedad de forma directa o indirecta en las relaciones familiares considerando que su familiar requiere posiblemente más contención emocional?

## Temáticas Entrevistas

Entrevista (conversación guiada) menos pauteada

*Personas:*

Mamá Joaquín

Señora Luz

Hermano Nacha

\*Amigo Fran

\*Hermano + Amigo Mualim

\*\*\* (claves, ver como darle mayor tiempo a la conversación, qué poner en este cuento-guía)

*Temas:*

Preguntas para el sujeto y los padres.

\*Orden por tópico

### **Etapa inicial: de la enfermedad – el principio del origen**

Cómo sospecharon de la enfermedad (características específicas)

Como se dieron cuenta que podía tratarse de bipolaridad y no de depresión

Que y como sucedió la primera crisis y cómo se sobrellevo (parada de antenas)

Que información manejaban inicialmente

Que hizo el paciente para que el familiar supiera que podría tratarse de bipolaridad

cómo se dio cuenta de la enfermedad

cómo se gatilló la búsqueda de información

Emociones asociadas

Cómo se sintió el familiar en el proceso inicial

Cómo se sintió el paciente en el proceso inicial

Reacciones ante la primera crisis :

-Padres

-Hermanos

-Amigos

### **El proceso recaídas**

Temas más complicados de la bipolaridad

Como fue el proceso inicial para conocer la enfermedad

Cuales fueron los primeros síntomas de recaída

Descripción de una crisis o recaída

Que sucede con los remedios en relación a ajustarse a ellos

Formas de enfrentar la crisis, tomar un té o música, aislarse

### **Contención y recaídas**

Como manejar la bipolaridad, y como detectarla

Cómo fue acercamiento a paciente

Tipos de Contención

Tipos de recaída en TAB (I, II, C)

Estados más complicado, cuales son

A quien recurrieron para salvar crisis

Métodos para ayudar al paciente

Medidas que se tomaron (precautorias)

### **Información, comprensión y aprendizaje**

Cuanto sabía de la enfermedad al inicio de esta

Lo que escucharon como información “de fuera”

En dónde buscaron información, con que se encontraron y si entendieron la información para fácil aplicación.

Que material encontró de que tipo, conoce las guías

Como fue aprendiendo más, del especialista, de libros

Reacciones ante la búsqueda de información

Cómo plantearían la información para entenderla mejor

Como les serviría la información para entenderla de manera rápida.

Que técnicas y herramientas inicialmente (etapa primeriza-avanzada)

Que herramientas tenia al inicio para afrontar las crisis \*\*\*

Que herramientas tenia avanzado para afrontar las crisis \*\*\*

Si la información encontrada les sirvió para aplicarla

### ***Etapas y tiempos de detección dentro de la enfermedad***

Tiempos de detección de la enfermedad

¿Cuánto tiempo dura una crisis?

¿cuánto se demora en calmar al paciente?

¿tiempos de reacción por parte de familiares?

### ***Familia***

Cuan importante es la red de contactos para la contención

Rol cumplen los padres

Rol de los hermanos

Rol de los amigos

Cambios en la cotidianidad, problemas familiares, cambio de rutinas

Como se vieron afectadas las relaciones en la familia

## **Presentación del Proyecto e Introducción**

Estimado:

Espero que se encuentre muy bien.

Mi nombre es María Francisca Moreno Córdoba, y soy alumna de quinto año de diseño integral de la Pontificia Universidad Católica de Chile.

Primero que nada deseo agradecer su tiempo para contestar este cuestionario y leer esta descripción.

Con respecto a la información base del cuestionario que se le adjunta, estas preguntas han sido pensadas para poder desarrollar mi proyecto de título el cual está relacionado con el manejo de contenidos relacionados con la bipolaridad, con fines educativos y terapéuticos.

La información que estoy recabando está directamente relacionada con obtener puntos clave para generar contenidos para desarrollar material Psicoeducativo para familiares de pacientes con bipolaridad, si llegando que actualmente las vías existentes de esta enfermedad son escasas y tienen poca accesibilidad.

Por ende es necesario con esto poder establecer contacto con familiares, amigos y hermanos que puedan contar algunas vivencias y situaciones para ver qué contenidos podrían desarrollarse. Por considerarse un tema delicado, debo mencionar que durante este trabajo puede protegerse identidad, y limitarse el uso de fotografías, en caso de que usted lo encuentra necesario, ya que es posible que el mostrar su identidad dentro de las entrevistas anexas a esta investigación pueda generar incomodidad.

Dentro de ese caso se someterá a utilizar nombres ficticios para proteger su identidad si usted lo considera necesario. Toda esta información será únicamente con fines académicos y su información como persona entrevistada no será divulgada a gran escala.

Vuelvo agradecer su tiempo y también su disposición para esta ayuda, ya que este



proyecto ha sido hasta el momento un buen proceso considerando que la temática de bipolaridad, es un tema complejo y “tabú” para muchas familias, en especial para los familiares, la cual comprendo plenamente por la complejidad a nivel emocional.

Esta introducción ahora permite introducir a las temáticas y preguntas respectivas, presentes en el segundo.

Le agradezco de antemano la mayor cantidad de detalles posibles ya que son detalles muy importantes para la investigación. Se ha buscado la forma de hacer el cuestionario lo más simple y compilado posible para que no tenga problemas al responder y pueda realizarse de la forma más expedita posible.

Le deseo un buen día, un buen desarrollo de semana y le envío un cordial abrazo a usted, ya que estoy consciente de que su tiempo es valioso y de que las temáticas que planteo también tienen un ligero grado de complejidad para la respuesta.

Se agradece la profundidad de las respuestas, y pueda anotar todo lo que considere que puede ser relevante para la investigación. Muchísimas gracias.

Saludos Cordiales

Atentamente María Francisca Córdova

# 02. Entrevista Especialistas

## Entrevista Especialista 1:

### Dr. Pedro Retamal

Nombre: Pedro Retamal

Especialidad: Médico Psiquiatra experto en Psicoeducación sobre Trastorno Afectivo Bipolar

Día: Jueves Lunes 2 de Mayo del 2016

Lugar: 2ª Piso Departamento de Psiquiatría Sede campus Oriente Universidad de Chile, Av. Salvador #486

Duración: 48:33 minutos

#### **Temas centrales de la entrevista:**

Psicoeducación.

Tipos de paciente

Oportunidades en Psicoeducación

Guías privadas (iniciativa independiente) y Guías públicas por MINSAL.

El espectro de Psicoeducación en sistema público y privado de salud

Preguntar lo bueno y malo de estas Guías para el Paciente

Cercanía, estética, lenguaje más cercano, y posibles mejoras del material actual

¿Cómo son estas familias y pacientes?

¿Cómo son estos tipos de familia?, y ¿qué reacciones tiene la familia con Psicoeducación?

¿Existe una Guía actualizada sobre el trastorno bipolar en el año 2015?

Preguntar su opinión sobre el acceso a las guías para saber sobre Bipolaridad.

Que hay en Chile como lenguaje Psicoeducativo, ¿cómo se haría más accesible o didáctico?.

¿Llega al sistema público información de una forma correcta?, si no es así ¿por qué?

Cómo le explica de forma amplia a un niño sobre la Bipolaridad

Cómo ve la Psicoeducación en Chile actualmente

Cantidad y accesibilidad de material

Recomendación de otros libros

¿Qué debe primar en un buen material Psicoeducativo?

Preguntar por objetivos del material Psicoeducativo a nivel social

A continuación se anexa entrevista más citas clave:

### Entrevista a Pedro Retamal:

**Pedro Retamal:** ¿Está grabando ya?

**Francisca Moreno:** Sí, no hay problema, no se preocupe, el vídeo no va a salir en ninguna parte, sólo será transcrita la entrevista.

**Pedro Retamal:** Bueno, partimos entonces.

**Francisca Moreno:** Cuénteme sobre su experiencia, ¿cómo empezó a estudiar a fondo la bipolaridad?

**Pedro Retamal:** Yo hace años atrás dirigía un policlínico de enfermedades del ánimo que se dedicaba a la depresión enfermedad bipolar, eso lo (Fini, no se entiende palabra en el vídeo por el sonido ambiente, anda pasando una micro) hace unos ocho años atrás, y lo mantuve por 15 años.

A propósito de lo mismo, también dirigía unas charlas informativas de Psicoeducación una vez al mes a los pacientes, tampoco se hace.

**Francisca Moreno:** ¿Ya no ?

**Pedro Retamal:** ahora ya no lo hacemos, y también organizamos, una agrupación de pacientes bipolares, y depresivos con personalidad jurídica de la municipalidad de Providencia, tampoco funcionó, y el año pasado,... ¿tú conoces una página web llamada psiquiatría. cl?

**Francisca Moreno:** Eso no sé si lo revisé, porque revisé muchas páginas, quizás si viera la imagen de portada...

**Pedro Retamal:** En esa página, aparece bastante información sobre la enfermedad bipolar, que está destinada, en final eso es Psicoeducación.

**Francisca Moreno:** Perfecto.

**Pedro Retamal:** (Revisando el computador) Y en esa página aparece incluso, debe estar todavía, un programa, de Psicoeducación que yo implemente el año pasado, usado de manera personal, que lamentablemente no conseguí llevarlo a cabo, porque la difusión no estuvo muy buena, la concurrencia fue mala...

**Francisca Moreno:** Con respecto a... (empezando a dirigir el tema), ¿le puedo lanzar la primera pregunta?,

**Pedro Retamal:** ¡Esta es la página!

**Francisca Moreno:** La tengo dentro de las páginas consultadas, tengo bastante bibliografía, la tengo pero no he bajado el archivo que usted me dice.

**Pedro Retamal:** Hay mucha información.

**Francisca Moreno:** Eh..., Lanzó la primera pregunta, ¿que es!, ¿cómo entiende usted el concepto de Psicoeducación en el que usted es experto y de acuerdo su experiencia como ve el desarrollo de la Psicoeducación en Chile actualmente?. Esa es la primera pregunta.

**Pedro Retamal:** Mmmm... es decir..., el concepto implica, de la manera más simple es entregarle información a los pacientes, sobre todo a los familiares y amigos de los pacientes, de las distintas enfermedades psíquicas, eso debería hacerse con todas las enfermedades. Algunos son más relevantes que otras, en la medida en que se tenga mayor cantidad de información, y los contenidos de esa Psicoeducación están relacionados con:

La importancia del diagnóstico precoz.

La importancia del tratamiento adecuado.

La importancia de los controles

La gravedad del abandono del tratamiento

Los exámenes necesarios para realizar tanto el diagnóstico, como el seguimiento en el

curso del mes o el año siguiente. Y los distintos tratamientos disponibles que son de un punto de vista farmacológico, muchos, y del punto de vista de las terapéuticas complementarias, que son varias, y un tratamiento que es muy importante es la psicoterapia. La psicoterapia significa entender, comprender, enfrentar, resolver lo que le pase el paciente. Muchas veces se requiere además manejo familiar desde el punto de vista psicológico, y... y lo que en concreto yo hago, aparte, de estas cosas, es darle una tremenda relevancia al manejo psicoterapéutico, ... debiera, en ese sentido... yo prefiero explicarle al paciente, y en la familia información de forma simultánea, una como es...

**Francisca Moreno:** ¿En la misma sesión...? (interrumpiendo levemente).

**Pedro Retamal:** En una o varias sesiones, y poder citarlos más adelante, eh..., cuando las cosas se hacen de esa manera la familia puede, ... eh..., controlar de mejor forma la administración de los fármacos, el gran problema de muchas enfermedades psíquicas en particular la enfermedad bipolar, pero también la depresión, es que los pacientes al poco tiempo se sienten bien y abandonan el tratamiento, a pesar de todas las advertencias de que lo hagan, y, muchas veces la familia bien, se hace como cómplice de esto, y no entienden que esto va a producir pronto en un tiempo de meses, o pocos años, recaídas, en donde cada una va a ser más grave que los episodios anteriores, en la medida en que la familia entienda esto, es capaz de conseguir mirar a esta persona, además muchas veces las personas dependiendo del estrato social, o dependiendo de la ubicación dentro del orden que se establece en esa familia puede en cierta medida, buscar la enfermedad como para protegerse y evitar y no cumplir con las tareas que le corresponden por distintas razones, y en ese caso es evidente de que esa persona tiene un problema emocional bastante serio consigo mismo y con la familia y con la enfermedad, podría ser cualquier otra enfermedad. Y podría también la enfermedad usarse para no cumplir con las tareas que le corresponden a su ciclo vital, eso es frecuente de ver.

**Francisca Moreno:** ¿Pero en Chile es frecuente?

**Pedro Retamal:** Sí, es frecuente, lo más frecuente es..., lo mucho, más frecuente es el

abandono de la persona que está bien, en donde la persona siente que los medicamentos son peligrosos. ... Pacientes a los que los medicamentos le hacen mal, efectivamente eso puede ocurrir, pero para eso están las preguntas, y para eso nos damos cuenta, y para eso está el manejo del médico, que permite que esa situación se revise, se arregle, se solucione...

**Francisca Moreno:** Yo tengo una duda con respecto ahí, porque el tratamiento psiquiátrico es muy caro, ... ¿eso influye también en que las personas no tengan acceso?

**Pedro Retamal:** Es caro, pero..., es caro en elemento particular, porque la depresión y la enfermedad bipolar se pueden acoger al auge, los costos son bajos, pero cuando la persona prefiere un tratamiento sin auge, los costos evidentemente son altos, las consultas son altas, caras, los controles son frecuentes, las reuniones familiares se citan, a veces requiere hospitalización, que son caras, a veces se requieren tratamientos más complejos, en fin, puede convertirse, la enfermedad bipolar es muy costosa...

**Francisca Moreno:** Si eso es verdad, ... ¿puedo pasar al siguiente pregunta?, pero entonces en Chile es algo como..., otra pregunta, ¿es común el trastorno bipolar en Chile?

**Pedro Retamal:** Es tan común como en otras partes, se calcula alrededor que el 5% de la población tiene manifestaciones de la enfermedad, la enfermedad tiene distintas intensidades, la más grave es la enfermedad bipolar I, eso significa que igual, lo tienen muchas personas el 1%, de 10 millones adultos, el 1% son 100,000 personas, así que pueden haber tantas bipolares graves, como, cerca de 100,000 menos graves, otros tantos más, así que fácilmente se pueden llegar a los 300,000 o 500,000 personas con la enfermedad bipolar...

**Francisca Moreno:** ¡Oh que increíble! (sorprendida del número)..., es mucha gente, no sabía que eran tantos, ¿cómo ve usted en Chile a las Psicoeducación por medio de guías independientes?... que yo estudiado, tengo su libro también, sé que no está actualizado, pero tengo parte de su trabajo, también he revisado los guías MINSAL del ministerio de salud, básicamente como esas, no sé, hay una muy bonita que es la guía para el paciente y familia que es muy atractiva, muy cercana...

**Pedro Retamal:** ¿Quién la hizo?...

**Francisca Moreno:** El Ministerio de salud, y recuerdo apellido Quiroz, Danilo Quiroz.

**Pedro Retamal:** No la conozco, ¿puedes enviármela después?...

**Francisca Moreno:** Ni un problema,...

**Pedro Retamal:** Si, por favor...

**Francisca Moreno:** Ehmm, las guías Minsal, y guías públicas, y privadas, ¿cómo las ve en ese sentido?, ¿Psicoeducación tanto en salud privada como pública, la accesibilidad, la estética, en la cercanía, el acceso al paciente y familia, cree que este material posee falencias? ¿Cuál cree usted que son las mejores?, ¿a nivel general en Chile?, ¿a nivel de dato?

**Pedro Retamal:** No me queda clara la pregunta (encuentra la pregunta algo desordenada)

**Francisca Moreno:** Es básicamente como que guías hay que usted conozca, aparte de la suya, o sea autores, alguna que me recomiende, aparte de las del ministerio de salud, también, y si encuentra que hay que hacerles a las que usted ya conoce, mejoras, o que tienen falencias, y en tema de cercanía, y cuán difícil o fácil es para las personas que tienen trastorno bipolar y familia acceder a ellas o conseguir las...

**Pedro Retamal:** Todos estas guías, y estos libros, y folletos que existen acerca de la enfermedad bipolar, y que algunas son razonablemente buenas, y relativamente actualizadas, la dificultad no está ahí, la dificultad está en otra cosa. Primero conseguir las, más importante que eso, eso es que la persona los busque, más importante que eso es que las personas reciban información, porque no es lo mismo, ver un curso para manejar vía Internet, y otro presencial... de hecho, es que podría ser un recurso para la persona que podría ser un curso en Internet o ver un folleto te como manejar, lo que es pasar las llaves del auto, decirle que maneje el centro de Santiago, y las personas no van a ser capaces de hacerlo, la

mayoría, casi todos van a ser incapaces por lo tanto, hay una cuestión que se llama el “aterizar en la práctica la información”, entonces eso, es un complemento para la información directa a la que se le entrega al paciente en vivo y en directo a él y a la familia y una vez que esas cosas estén claras, la persona va a conseguir motivación para dedicarse a leer este tipo de información...

**Francisca Moreno:** Y con el tema de la accesibilidad, ¿encuentra que es más difícil o más fácil,? porque obviamente no hay tanta...

**Pedro Retamal:** Es difícil, claro, es difícil, pero yo creo no está en lo difícil, está en que la gente no sabe, está ahí, y por lo tanto no hay acceso por ignorancia, la ignorancia tiene que ver porque en general, este proceso de la Psicoeducación no tiende a un desarrollo con lo relevante al tratamiento, en la vida cotidiana de los pacientes, o sea, es distinta en el diabetes y en el cáncer,...

**Francisca Moreno:** ¿O sea no está tan difundida en el fondo...?

**Pedro Retamal:** Claro, no se le da la relevancia que tiene incluso por ejemplo una de las herramientas terapéuticas muy relevante que existen, los fármacos son importantes, pero otra herramienta terapéutica muy importante es la psicoterapia, y el psicoterapias específicas para pacientes bipolares, o psicoterapia para pacientes depresivos,... y no es cualquier psicoterapia, ya que hay muchos tipos de psicoterapia, la gente no sabe que existe eso, y muchos profesionales tampoco lo saben, y más complicado todavía, es que no se sabe ni se practica la Psicoeducación, ...

**Francisca Moreno:** ¿Y guías que me recomiende?, y aparte de las del ministerio de salud, ¿cuáles guías además existen y que pueden tener cosas relevantes?

**Pedro Retamal:** ¡Hay muchas!, hay guías pero son guías clínicas, y son guías para especialistas...

**Francisca Moreno:** Ahh, o sea no hay una bajada información...

**Pedro Retamal:** ¡No!, ¡no!, son demasiado complejas, son demasiado complejas, entonces para las personas son demasiado extensas, y son demasiado complejas, lenguaje técnico que está destinado a los profesionales de la salud, especialmente los médicos...

**Francisca Moreno:** ¿Y autores que me recomiende y títulos de esas guías?, por ejemplo que me pueda recomendar

**Pedro Retamal:** Pero es el MINSAL, el MINSAL es el autor,...

**Francisca Moreno:** Es que yo he revisado las del MINSAL, están los del 2014 y 2015, que está dirigido al paciente, pero es demasiada información y no es toda para el paciente.

**Pedro Retamal:** Hay una parte, pero no creo que ninguna parte esté centrada en el paciente, yo creo que no...

**Francisca Moreno:** Otra pregunta, ya que esto me llenó de duda, yo hablé en algún momento con mi profesora de título y ella me mencionó que la Psicoeducación estaba guiada para pacientes, de repente gente que no tiene el acceso al..., cómo explicarlo,... al conocimiento para poder leer, en ese sentido yo quiero preguntar, ¿quiénes son las personas que presentan más trastorno bipolar en Chile?, ¿gente estrato bajo?, ¿estrato medio?, ¿estrato alto?

**Pedro Retamal:** Esa parte, no es relevante, eso no es relevante, porque la sufren todos los estratos, pero sin embargo existe una cierta tendencia a que la enfermedad bipolar se haga más más frecuente en personas con un alto nivel de creatividad, en el arte, la literatura, la pintura, la música, también tiene cierta preponderancia en grupos, de ejecutivos te alto nivel, en algunos grupos de profesionales, como los médicos por ejemplo, Y también tiene una cierta preponderancia un poquito más alta, pero no son muy relevante, en el algunos estratos socioeconómicos altos, pero no es que sea, que no esté presente en los estratos bajos, hay diferencias que hay, lo que sí es claro, los grupos creativos de alto nivel son tienen con frecuencia enfermedad del Ánimo

**Francisca Moreno:** Interesante...

**Pedro Retamal:** En todas partes del mundo...

**Francisca Moreno:** Y la enfermedad ¿puede tener una directa relación con...?

**Pedro Retamal:** Hay una directa relación con, con la creatividad, se está investigando la posibilidad de que las enfermedades del ánimo también tengan relación con las ciencias más duras, pero eso está pendiente, hay varios estudios demuestran que la creatividad de personas con trastorno bipolar... los índices de creatividad, de pacientes con trastorno bipolar son más altos, pero eso es en general, y también se sabe que las personas que en el futuro van a desarrollar trastornos bipolares parte en el momento del estudio, con el antecedente de tener mayor nivel de creatividad y tener un mejor nivel intelectual, y tener mejores notas en el colegio, o sea se siguen grupos de personas y después se ven quienes se convirtieron en bipolares, y se los compara con los las personas que no se convirtieron en bipolares al cabo de un tiempo, ...al cabo de cinco o 10 años y se ve que los que presentaron bipolaridad partieron con un nivel intelectual más alto y con nivel de notas más alto, y con enfermedad bipolar...

**Francisca Moreno:** Oh, ¡qué increíble lo que me cuenta, es genial!, ... a todo esto en el caso de la Psicoeducación familiar, quiero que me cuente sobre ¿cómo son estas familias?, ¿cómo el tipo de paciente? y ¿cómo ellos pueden recibir las guías, de acuerdo su necesidad de información?...

**Pedro Retamal:** ¿Cómo pueden recibir qué...?

**Francisca Moreno:** en el fondo es como es más o menos una visión de la familia que es del paciente, ¿cómo es ese paciente bipolar?, y ¿cómo tienen acceso a la revisión de guías?, porque usted me dice que los estratos más alto tienen...

**Pedro Retamal:** ¡No!, en el caso estratos más altos es un poquito más, pero es, 49% versus 51%...

**Francisca Moreno:** Es que genera la duda, por eso le digo...

**Pedro Retamal:** No, no es que sea mucha la diferencia, hay una pequeña diferencia, ...donde sí es importante es en los artistas y la gente creativa, ahí sí que hay diferencia, pero..., no es que sean todos, hay una pequeña diferencia...

**Francisca Moreno:** Y si..., bueno..., con respecto a..., ya sé que me mencionó al paciente creativo, o a la familia, pero ¿cómo es la familia?, ¿cómo es el paciente? y ¿cómo van reaccionando en el proceso?... porque yo me imagino que una familia no sabe al tiro como es, ¿cómo es este paciente y esta familia?

**Pedro Retamal:** Esta familia con frecuencia, estos pacientes, perdón, estos pacientes provienen de familias en donde existe una buena cantidad de personas con enfermedades bipolares, con depresión, porque esta es una enfermedad que tiene un componente genético fuerte, más fuerte que muchos, enfermedades, se supone que la Heredabilidad de los pacientes bipolares, es aproximadamente 70%, es alta, y eso implica, cierto..., que si hay un paciente bipolar, lo más probable es que la familia haya hermanos, tíos, primos, abuelos, papás, ... que existan más bipolares...

**Francisca Moreno:** ¿No es que todos tengan verdad?

**Pedro Retamal:** No,... sólo algunos..., y entonces estas familias tienden a ser bastante activas, bastante ágiles, bastante competitivas, que necesitan que muchas veces su familiar bipolar, logre bastante,... logre reconocimiento de cualquier tipo, es una familia competitiva, y al mismo tiempo su familia muchas veces tienden a aceptar bastante bien la presencia de los síntomas...

**Francisca Moreno:** ¿Ya...?

**Pedro Retamal:** Lo cual es bueno por una parte, porque se siente la enfermedad, pero es malo por otro, porque los síntomas cuando empiezan a aumentar, aumentan, el paciente

se enferma, es la situación grave, o sea no tienen un buen filtro, para darse cuenta que esta cuestión ya es demasiada, entonces, hay mucha tolerancia a la enfermedad, al descontrol, y mucha tolerancia a la conducta inconveniente en inadecuada, lo cual es bueno, ya que la gente así, la familia no se separa, y no se desorganiza, se tolera, pero, se toleran tanto de repente ellos tienen demasiado síntomas y se enferma gravemente porque la familia no lo nota hasta el final...

**Francisca Moreno:** Y existe el caso en que puedan..., porque yo me imagino, que también debe haber otros tipos de familia, puede haber un tipo de familia secundaria que sea familia que no sepa tanto de la enfermedad, que no le entienda el comienzo...,

**Pedro Retamal:** Ah, bueno, también existe ese grupo de familias que esto le parece una cosa denigrante que hay que esconderla, donde no se puede saber y por lo tanto, están dispuestos incluso a no concurrir a controles médicos para taparlo, y no se sepa, que es el otro extremo también...

**Francisca Moreno:** Me imagino que el paciente es mucho más infeliz, y se enferma más...

**Pedro Retamal:** ¡Si se enferma más!

**Francisca Moreno:** ¿Y el acceso?.

**Pedro Retamal:** El acceso es..., es bajo, es muy bajo porque la gente no está informada, no está informada de la importancia del tratamiento, no estoy informado de que existe la psicoterapia, que existe la psicoeducación, la gente no está informada respecto de las ventajas del tratamiento, no está informada con respecto a lo de los costos y las complicaciones de la recaída, lo que hace difícil que busque material de forma espontánea, es una responsabilidad más bien de los médicos, de que estudien, que lean, que se enteren, del material disponible, y que se les entregue ese material, para que ellos lo puedan revisar o lo pueden comprar...,

**Francisca Moreno:** Tiene razón, me gustaría hacer otra pregunta, respecto al paciente, ¿cómo definiría psicológicamente al paciente?, si fuera una persona que estuviera aquí, ya que las familias más competitivas y tenemos la otra familia...

**Pedro Retamal:** Bueno, hay un prototipo, más que sean pacientes activos, rápidos, tanto sanos, que a veces también son competitivos, que son buenos para realizar sus actividades, y que son muy, que son como te he dicho, bastante entretenidos, simpáticos, carismáticos, es un perfil relativamente frecuente, y hay muchos, pero este es el más típico y el más frecuente,...

**Francisca Moreno:** ¿Y si tuviera que mencionar otros dos?, porque también me llama la atención, por ejemplo...

**Pedro Retamal:** es que los otros por ejemplo...

Francisca Moreno: porque me imagino que ...

**Pedro Retamal:** El nivel sociocultural es..., está emparentado con la delincuencia, cuando el consumo de alcohol y drogas sucede, y no hay control sobre eso, ahí el perfil psicopático, que significa conducta inadecuada, violenta, destructiva en contra de otros...

**Francisca Moreno:** A mi también, es una idea que se me da, pero que está hablando, me da la sensación de un paciente de clase alta primero y luego un paciente de clase baja...

**Pedro Retamal:** No, puede ser de todas las clases.

**Francisca Moreno:** Pero me imagino..., es que lo digo porque derrepente familias, tenemos el extremo uno y el extremo dos y en término medio, me imagino que tiene que haber un término medio que sea, como uno u otro...

**Pedro Retamal:** En todos los estratos sociales hay familias de dos tipos, hay pacien-



tes, hay familias, que fume marihuana, que toma en el alcohol, toman drogas de forma habitual, y no se controlan, entonces bajo la influencia de esas sustancias las personas se ponen un descontrolados, tienen revoluciones, y pierden el criterio y cometen actos inadecuados,...

**Francisca Moreno:** Y alguno, como para cerrar paciente, ¿existe algún tipo de paciente depresivo?, tenemos un paciente un poco más optimista, un paciente muy abajo, y me imagino que no tan consciente de las cosas, y alguno en término medio que pueda ser entre depresivo, o que le cueste adaptarse al medio.

**Pedro Retamal:** A veces los pacientes hacen varios episodios depresivos, que pueden durar meses, varios episodios depresivos, que ellos incluso pueden quedar bastante pegados en ese etapa y estar pegados meses incluso hasta años ...

**Francisca Moreno:** ¡Es hartó tiempo!

**Pedro Retamal:** Si el tratamiento no funciona..., y cuando no funciona, hay que buscar otra alternativa, porque finalmente el paciente debe avanzar, y si no funciona esto como funciona en otra cosa, en fin hay muchas técnicas terapéuticas, muchas, y con alguna de ellas tiene que salir, entonces hay un grupo de pacientes, con tendencia a tener muchas tendencias depresivas,...

**Francisca Moreno:** Y el paciente depresivo podría agarrar características de los dos estados..., perfecto, ...ahora le hago la siguiente pregunta, esto es más asociado a las artes,... ¿si tuviera que elegir un lenguaje, más cercano, para acercar la información a las personas, por ejemplo lenguaje didáctico, con juegos, revista gráficas, espacio sonoros, etc., cuál es cree que serían los lenguajes más adecuados para que el paciente de la familia pudiera buscar más información?, lo que usted me comenta, más que un problema de difusión y accesibilidad, es que la gente no se acerca, pero quizás si hubiera otro tipo de lenguaje que a la gente le fuera un poco más cercano, se acercaría más, o sea esa es la idea que se me viene a la cabeza, que se me ocurre...

**Pedro Retamal:** Eh..., si es material escrito tiene que ser un material que tenga parlamento, pero que también tenga imágenes, y que se bastante colorido y bastante activo, con bastante movimiento,, texto importante pero preferible el movimiento, y material audiovisual, habría que combinarlo con pequeñas biografías con personajes relevantes, pequeños comentarios sobre Hemingway, pequeños comentarios sobre Van Gogh, por ejemplo...

**Francisca Moreno:** Kay Jamison me gustó mucho...

**Pedro Retamal:** Bueno..., ese tipo de cosas, eso convertido en lenguaje audiovisual podría, también tener, por ejemplo, si usted quiere material audiovisual, vaya para acá y se linkea, por cierto estoy pensando hace rato, si a mí me interesara..., si tu material a mí me gustara, que eso no significa necesariamente que sea bueno o malo, sino que estoy hablando de otro ámbito, yo te propondría que lo publicáramos, yo como coautor tuyo, en un libro, en un texto, en una revista, en fin no sé, en la misma página web, o sea podría ser en ese caso, me serviría mí, y a ti, además darte movimiento entre la gente, los pacientes,, los beneficios son recíprocos, tendríamos que ver que tal sale eso...

**Francisca Moreno:** Oh, ¡Yo feliz!

**Pedro Retamal:** Veamos que tal te sale, si sirve, me acoplo tu autoría, claro, que yo soy una especie de coautor, no sé...

**Francisca Moreno:** Oh, ¡Qué genial! (sorpresa)

**Pedro Retamal:** Quizás es la palabra más adecuada no es coautor, sino como coasesor, o director médico de tu trabajo, me ofrezco si quieres, me ofrezco siempre que a mí me sirva, mientras que a mí me sirva, si no no tendría mucho sentido, pero por lo que estoy viendo posiblemente me pueda servir, tenerlo mi también...

**Francisca Moreno:** ¡Ni un problema!...

**Pedro Retamal:** En ese aspecto se puede publicar en el libro, y siempre estoy escribiendo libros, siempre estoy escribiendo artículos que a veces digo, mira hace mucho tiempo que no escribo en los diarios, pero un tiempo en que yo escribí en el Mercurio, la sección artes y letras...¿la conoces tú?, artes y letras, busca Retamal y encontrarás un artículo “sobre el chupa”, y pero hay otros artículos más, que escrito, revisa, en artes y letras, ahí hay que meterse al buscador del mercurio, y encontrarlo, eso es hacer Psicoeducación en donde la enfermedad del ánimo, en donde yo le digo a mis pacientes, en la manera en que yo trabajo con ellos, mire, esta enfermedad no es un estigma, necesariamente, este enfermedad no necesariamente es una maldición, si usted la controlarían, se trata bien, es posible que usted le vaya bien y no hacerme decir que la sabe manejar va a estar, recuerde usted que los genes que usted tiene son los mismos que compartió con Simón Bolívar, con Shubert, con Churchill...

**Francisca Moreno:** ¡Y Tim Burton también!

**Pedro Retamal:** ¡ya tú ves!, entonces no para, imagínate con Picasso, ¡como será!

**Francisca Moreno:** ¡Y pollock que también tenía!

**Pedro Retamal:** Pollock, ya ..., hay mucha gente que debe tener, imagínate que yo fuera hijo de Picasso, ¡que vergüenza ser hijo de Picasso! ...

**Francisca Moreno:** Me imagino (Risas)

**Pedro Retamal:** Imagínate, Picasso es bipolar, es absurdo cuando uno empieza a pensar, sentirse denigrado con la enfermedad, y que está relacionada con los niveles de la creatividad más alto, a mi juicio, ...ese trabajo aún no lo hemos presentado ni desarrollado, es, la reserva sociocultural de la humanidad es con las personas que sufren la enfermedad bipolar, la reserva sociocultural...

Porque ahí ¡están todos los creativos!, todos, están todos los músicos, todos los artistas, etc., etc., etc.

**Francisca Moreno:** ¡Que genial!,... aprovecho de hacer otra pregunta, la pregunta es, si, ¿trabajaría todo desde un punto de vista más vivencial de la bipolaridad, para meter datos más técnicos?, por ejemplo en el cómic, no sé si usted le dio mucho comic?

**Pedro Retamal:** No,...

**Francisca Moreno:** ¡¿No?! , tiene que leer más, en fin en los cómics hay muchas historias que hablan de protagonistas, de repente de recuerdos, cosas así, como agarrar cosas un lenguaje no de niño, pero algo de la gráfica o algo mucho más llevadero de leer, porque yo me dado cuenta de todos los libros que he revisado, ta, ta, ta, información muy dura,... y como ya me mencionó, hay Psicoeducación para médicos, y materia un poco superficial para lo que es pacientes y familia, no sé,... ¿qué opina usted?

**Pedro Retamal:** Es que habría que ver, no es fácil trabajar esa parte, pero con paciencia así que se puede hacer, ahora sería bueno que tú,...mira aquí hay una señora que se llama Susana Rodríguez, no sé si ubicas a la señora Susana Rodríguez, ¿te ha salido por ahí?...

**Francisca Moreno:** La verdad no...

Pedro Retamal: La señora Susana Rodríguez es..., ella dirige aquí en el hospital, ella es una paciente que tiene muy buena voluntad, ha escrito uno o dos libros de sus vivencias personales sobre este tema de la enfermedad bipolar, son libros que tienen una difusión baja, porque son Autoediciones, no es lo mismo, como la editorial Mediterráneo, o un libro de la Facultad de medicina de la Universidad de Chile o la Católica que tienen una difusión más alta y son apoyados de forma institucional, en el caso de ella ella lo difunde a título personal, entonces podrías entrevistarla a ella, conversar con ella con la experiencia de la Psicoeducación...

**Francisca Moreno:** ¡Voy a ubicarla!, me llama mucho la atención...

**Pedro Retamal:** Déjame ubicarte el mail, voy a buscarte el correo

**Francisca Moreno:** ¿por mail?, ¡yo feliz!, ¡gracias!

**Pedro Retamal:** Quizás la encuentro y aprovecho y te la mando altiro...

**Francisca Moreno:** le haré otra pregunta por mientras, ¿es un estigma en Chile el ser bipolar?

**Pedro Retamal:** (buscando en el computador) Yo en este momento creo que sí, pero eso va empezar a disminuir, porque ha empezado a disminuir en otros países como Estados Unidos por la importancia que tiene la gente de alto nivel cultural, social y artístico, entonces, son gente excepcional...

**Francisca Moreno:** Interesante,...

**Pedro Retamal:** (continúa buscando en el computador) ...

**Francisca Moreno:** No pensé que iba a encontrar algo tan interesante, ya que mi me encantan las artes, y no encuentro aún un método superpotente para llegar a la gente en ese aspecto...

**Pedro Retamal:** (continúa buscando en el computador) , Voy a buscar el mail, aún no lo encuentro...(muy concentrado)...

**Francisca Moreno:** Perfecto..., Dr. Pedro, quería preguntarle, si yo ¿para el segundo semestre puedo contar con su ayuda para testeos?...

**Pedro Retamal:** ¿Cómo? (concentrado en el computador)...

**Francisca Moreno:** Básicamente es poder llegar a un producto terminado e ir mejorándolo hasta que esté acabado...

**Pedro Retamal:** (continúa buscando en el computador) Podrías preguntarle a Susana al respecto, ella puede conseguirte pacientes, ella misma, creo que va ser bueno que la entrevistes a ella, te voy a mandar el correo de ella, pero aún no lo encuentro...

**Francisca Moreno:** También lo digo por si puedo contar con su ayuda para segundo semestre por si tengo alguna duda...

**Pedro Retamal:** Llama a doña Susana de mi parte y explícale lo que estás haciendo...

**Francisca Moreno:** ¿Ella es doctora o solo paciente?...

**Pedro Retamal:** Paciente,...

**Francisca Moreno:** En el caso de Kay Jamison, me parece también que es psicóloga, en otros libros parece psiquiatra, ¿ella es..?

**Pedro Retamal:** Es psicóloga, en ese, se equivocaron en el libro....

**Francisca Moreno:** Es que en el caso que ella ejercía como psicóloga, casi como psiquiatra que no da remedios, algo parecido, en el caso de los psiquiatras, siempre he querido saber, ¿es verdad que un psiquiatra necesita de otro psiquiatra terapéutico?

**Pedro Retamal:** Depende lo que te dediques...

**Francisca Moreno:** ¡Ah perfecto!...

**Pedro Retamal:** (Deja de buscar en el computador)

**Francisca Moreno:** Quería preguntarle también si sabe ¿cuáles son las guías, más actualizadas para hablar de bipolaridad?, aparte de la que dice que está en su página y que buscare...

**Pedro Retamal:** busca solo MINSAL, las que te dije...

**Francisca Moreno:** Con guía me refiero a libros, información, actualizada que pueda hablar de cifras, estadísticas, información que se pueda como, asociar esto

**Pedro Retamal:** Sólo los datos que aparecen en la Guía MINSAL de trastorno bipolar, y lo que aparecen otro libro del año 2000, de ¿quién es este libro? (revisar la fecha en el libro que le paso que es de su autoría y lo pedí en biblioteca UC), ¡ah es mío!...

**Francisca Moreno:** Éste libro es del 2001...

**Pedro Retamal:** Hay un libro que es del 2007 y otro que es del 2012, que están en la editorial Mediterráneo

**Francisca Moreno:** ¿Le puedo preguntar los títulos?

**Pedro Retamal:** Uno se llama enfermedades del ánimo, y el otro se llama igual enfermedad bipolar pero es subtítulo, y hay otro que es enfermedad bipolar y tiene tapa verde limón, del año 2010 o 2007, y otro de enfermedades del ánimo que es del 2010 o 2012, que es tapa roja con negro...

**Francisca Moreno:** ¿sabe donde lo puedo comprar?

**Pedro Retamal:** Editorial Mediterráneo, en Providencia, por Andrés Bello

**Francisca Moreno:** Buscaré la dirección, ...quería hacer otra pregunta, ¿puedo?

**Pedro Retamal:** ¡Sí!

**Francisca Moreno:** ¿Puede contarme su experiencia personal como autor de Psicoeducación pero asociado a la realidad chilena?, ¿si es realmente es un estigma?, sé que está

cambiando pero de forma lenta...

**Pedro Retamal:** Se está produciendo paulatinamente un cambio, en los últimos 15 años, y ese cambio tiene que ver con en que hay mayor información médica a nivel general, hay mayor cantidad de médicos que saben la enfermedad bipolar, hay mayor cantidad de preocupación en los medios de prensa por la enfermedad bipolar, la información que existe es más abundante, hay mayor preocupación sobre el suicidio, sobre los síntomas más graves de la enfermedad bipolar, entonces se ha ido produciendo,... y el auge, una parte de la enfermedad bipolar puede recibir atención en el auge, en la parte ambulatoria que es un proceso, entonces de ese punto de vista se ha ido promulgando una buena cantidad respecto de información o, aspectos culturales que hace que la enfermedad bipolar sea un poco más aceptada que hace tiempo atrás pero todavía persiste estigma, hay mucha gente que tiene el error de pensar de que este es un tema del carácter, de la forma de ser, mucha gente cree que esta cuestión no se mejora, muchas personas piensan que los medicamentos hacen daño, muchas personas piensan que los tratamientos son el litio, solamente litio y la verdad es que hay una enorme cantidad de cosas, y no han podido saber ni conocer que la información disponible permita asegurar que la mayoría, así todas las personas con bipolaridad pueden ser tratadas correctamente, y el gran problema, de la enfermedad bipolar es el abuso de alcohol y drogas, que inflama o incendia la enfermedad y el abandono de el tratamiento con fármacos, esas serían las más importantes...

**Francisca Moreno:** Ahora le hago las dos últimas preguntas y me marcharé para dejarlo trabajar, tengo una duda, porque he revisado, a ver...., el libro de Eduardo Correa Donoso, y revisado el DSM-5, y revisé otro libro de tapa roja que no me acuerdo el nombre exacto, y he revisado tres más, de los que no recuerdo los títulos, pero me gustaría preguntarle ¿cómo cierra usted la clasificación de los trastornos bipolares?...

**Pedro Retamal:** ¿Cómo...?

**Francisca Moreno:** ¿Cómo sierra la clasificación de los trastornos bipolares?

**Pedro Retamal:** ¿Qué significa exactamente cerrarle la clasificación...?

**Francisca Moreno:** Me refiero a la clasificación en cantidad, porque encontrado desde tres hasta cinco, hasta ocho tipos de trastornos bipolares...

Por ejemplo encontrado trastorno bipolar I, trastorno bipolar II, ciclotimia, ahí van tres, Y después se suma el trastorno esquizoafectivo, otro más, y otra más eso menciona del DSM-5, ¿cómo lo cerraría usted para que la gente la población entendiera de forma no tan técnica?...

**Pedro Retamal:** Yo lo cerraría en trastorno bipolar I, trastorno Bipolar II, ciclotimia, Patología de espectro bipolar y depresión bipolar...

**Francisca Moreno:** ¿Me podría explicar por favor los dos últimos?

**Pedro Retamal:** A ver, depresión bipolar, con eso se alude a la mayor parte de los pacientes bipolares que sufren depresión de forma muy... más abundante que la aceleración, entonces, el paciente bipolar en realidad pasa en fase depresión, al en vez de aceleración, porque la mayoría de las veces hay una proporción de días con depresión, trastorno bipolar I relación es 1 a 1, en el trastorno bipolar II es 30 a 1, 30 días de depresión y un día me hipomanía, entonces la posibilidad, cuando uno de un paciente con depresión, decir depresión no es decir mucho, es como decir infección, y no es lo mismo tener una infección en la uña, dentro del oído o dentro del cerebro. No es lo mismo tener una depresión monopolar, o no es lo mismo tener una depresión reactiva, o tener una depresión bipolar, la depresión bipolar cuesta diagnosticarla, porque la posibilidad de encontrarse con la hipomanía es baja, por lo tanto hay que tener en consideración que muchas de las depresiones que uno tiene en ese momento no son depresiones, son depresiones bipolares...

**Francisca Moreno:** Tendencia hacia abajo entonces...

**Pedro Retamal:** ¡Lejos!,... y el otro tipo de paciente son aquellos que tienen distintos elementos fundamentalmente genéticos y elementos conductuales, historia personal que

hacen pensar que estos síntomas deberían corresponder a una enfermedad del ánimo de tipo bipolar...

**Francisca Moreno:** Pero en ese caso el espectro bipolar ¿tiene su clasificaciones dentro de...?

**Pedro Retamal:** ¡No!,

**Francisca Moreno:** Yo encontré el esquizoafectivo por ejemplo y no es...

**Pedro Retamal:** ¡No!, el esquizoafectivo déjalo fuera, no tiene ninguna relevancia, no se usa mucho...

**Francisca Moreno:** Y en el caso del espectro bipolar, ¿cómo se clasifica?

**Pedro Retamal:** En el caso del espectro bipolar el paciente que teniendo depresiones en realidad tiene una gran cantidad de elementos sugerentes quienes no son depresiones normales, sino que son depresiones bipolares...

Aquí entran la historia genética, la historia familiar y historia personal, y las alteraciones de la personalidad, ponte tú,... que están presentes, y otros más lo que estamos viendo aquí es una patología del espectro bipolar...

**Francisca Moreno:** Y en ese caso ¿no habría sub clasificaciones?..., si no que diríamos este es un espectro bipolar...

**Pedro Retamal:** Sólo espectro bipolar...

**Francisca Moreno:** Entonces sólo entraría la genética, la historia familiar y personal, ahí entra la alimentación...

**Pedro Retamal:** No, ahí entra la historia familiar, la historia personal, la historia gené-

tica, y episodios de depresión, episodios de hipomanía, la historia personal, las características de la personalidad hipertímica, y ciclotímica, y muchas características conductuales como creatividad, liderazgo, muchas voluble, personal, mucho mujeres, muchos hijos, muchos Don Juanes, muchos bohemios...

**Francisca Moreno:** ¿Entonces sería un Mix...?

**Pedro Retamal:** Si, Mix de cosas, muchas cosas...

**Francisca Moreno:** ¡Ya ahora si hago la última pregunta!, porque sé que su tiempo es muy valioso

**Pedro Retamal:** (Sonríe de forma amena)

**Francisca Moreno:** Tengo duda con las estadísticas, no sé si ¿hay más mujeres que hombres, si en Chile en porcentaje importante de...?

**Pedro Retamal:** Hombres y mujeres en la enfermedad bipolar I son aproximadamente 1 a 1, en la enfermedad bipolar II, son más mujeres que hombres, pero, no hay un dato específico, pero son más mujeres, en el espectro bipolar no hay información muy clara...

**Francisca Moreno:** ¿Por qué es solo en Chile? me imagino,...

**Pedro Retamal:** No, en todas partes del mundo es igual...

**Francisca Moreno:** Y finalmente vuelvo a preguntar por las estadísticas, pero a nivel más profundo, ¿estadísticas más detalladas de porcentaje de tanta cantidad de la población tiene bipolaridad?, ¿tanto porcentaje de la población está en el auge atendiéndose?...

**Pedro Retamal:** Ahí en el libro que yo te digo, enfermedades del ánimo, la portada roja sale todo eso, todas las estadísticas, epidemiología, sale todo, ese libro es barato, puedes conseguirlo...

**Francisca Moreno:** ¡Lo haré!, tengo que buscar, ¿algo más que me quiera comentar y que me puede aportar, y que crea que es importante?

**Pedro Retamal:** (Medita y mueve la cabeza en forma negativa pero pensando si hay más respuestas)

**Francisca Moreno:** Le agradezco mucho su tiempo, espero que no haya sido una lata responder (en tono ameno)...

**Pedro Retamal:** (Se sorprende) No, no, no, para nada, (sonríe) dejamos hasta aquí entonces...

**Francisca Moreno:** ¡Muchas gracias por su tiempo y disposición! (se desconecta la cámara y se da por terminada la grabación)

## Entrevista Especialista 2:

### Dra. Fabiola Serrano

Nombre: Fabiola Serrano

Especialidad: Médico Psiquiatra tratante de trastorno bipolar

Día: Miércoles 4 de Mayo del 2016

Lugar: Consulta particular Fabiola Serrano

Duración: 39:32 minutos

#### **Temas centrales de la entrevista:**

Arquetipo de Usuario

Auge

Psicoeducación en el sistema público

Psicoeducación relacionada con el auge

Definir paciente en el sistema público y sistema privado

Donde se interviene para mejorar

Cómo ve ella la Psicoeducación en educación en Chile para dónde va

Ejemplos sobre Psicoeducación

Francisca Moreno: Bueno Fabiola, iniciamos, me gustaría pedir que puedas presentarte por favor.

Fabiola Serrano: Bueno soy Fabiola Serrano Rodríguez psiquiatra de adulto y atiendo pacientes con bipolaridad. Me parece que en el trabajo que estás analizando puedo aportarte..., porque tengo años de trabajo en auge. Me tocó trabajar más de seis años en auge en el sector privado y tengo muchos años de trabajo en el sector público, entonces tengo un poco la visión de lo que pueda estar pasando en ambos mundos, los cuales son muy diferentes.

Con respecto al motivo de esta entrevista que me preguntaste sobre Psicoeducación, habría que preguntarse ¿qué entendemos por Psicoeducación?, porque hay mucha información disponible para los profesionales de la salud, llámese asistente social, luego terapeuta ocupacional, enfermeras, psiquiatras, eso de la Psicoeducación para especialistas. No

así para la población general, osea,... ojalá estuviese eso presente en cuanto a la educación. Pero ¿por qué la Psicoeducación?, ¿en qué consiste? ...

Es un proceso que busca informar a los pacientes, a los familiares y a las personas cercanas sobre el padecimiento psíquico del paciente y por otro lado busca un cambio en la actitud ante el trastorno mental, del trastorno psíquico mental, entonces, en la primera parte informativa por ejemplo, la Psicoeducación le habla sobre la enfermedad tanto el paciente como los familiares, ¿qué síntomas son característicos?, ¿cuáles son en el caso del trastorno bipolar, los ciclos que tiene?, ¿en qué consisten los síntomas típicos de cada uno de los episodios?, ¿qué tipo de tratamiento?, ¿cuáles son los fundamentos que hay para utilizar?, ¿tal o cuál medicamento?, ¿qué objetivos tienen?. ¿cuáles son los síntomas que ponen alerta que se presenten?, la necesidad de que este tratamiento se haga de forma regular y todos participando en esto, para que no se vaya quedar sin tratamiento por a, b, c motivo, porque a veces los pacientes están lejos de sus familiares. Tiene que haber alguien que esté acompañando, idealmente también...

Francisca Moreno: Gracias Fabiola por la definición. Ahora me gustaría empezar con la primera pregunta, la cual es..., ¿podrías contarme en detalle cuál es tu percepción sobre el trastorno bipolar en Chile tratado en salud pública? y ¿cómo se relaciona el auge con éste?, ¿cuánto cubre en terapias remedios?, ¿cuáles son ventajas y desventajas?

Sé que son varias preguntas, pero podemos ir una por una y también me gustaría también que me contaras ¿cuánto sale un tratamiento en sistema privado, y sistema público?, en cantidad de dinero, lo digo como aproximado, porque la diferencia según el señor Pedro Retamal es bastante dispar...

Fabiola Serrano: Es mucha la diferencia, la pregunta es una pregunta ¿cómo el sistema público es relacionada con el auge?...

Primero de ambos, ¿cómo se distribuyen?, las personas que ahora son denominadas usuarios del sistema lo cual a nosotros, muchos de nosotros opinamos que no es muy buena, la palabra usuario, porque yo entiendo que un usuario el metro, compre la tarjeta VIP, un usuario de tarjetas de crédito usa un objeto, para mi usuario es aquel que usa un objeto, y pienso que la salud mental de las personas no pueden ser usuarios, para mí son pacientes, y

se suponía tienen beneficios del sistema de salud pública y ahora hay un concepto dando vuelta que se llama usuario...

Francisca Moreno: En diseño se usa bastante...pero...

Fabiola Serrano: Ya, entonces...

Francisca Moreno: Tú dices...

Fabiola Serrano: Tú eres un cliente, cliente de una empresa, es un usuario, usuario en la compañía telefónica, usuario de una empresa, eso es un usuario...

Francisca Moreno: Me refiero..., tú crees que falta, es como el concepto de humanización...

Fabiola Serrano: ¡Claro!, se ha deshumanizado al tratar de usuario, es una mentalidad como más mercantil, usuario, al usuario se lo mide acuerdo ¿cuánto compro?, ¿cuánto consumió? ¿no consumió?, ¿cuánto consumió salud?

Después,...entonces hablo de paciente, ojalá beneficiarios del sistema de salud, entonces siguiendo en esa línea, cuantos más o menos la cantidad usuarios, de beneficiarios del sistema,... se reparte como en, los últimos estudios, han dicho que el 78% de los beneficiarios son de salud pública, 78%, y un 22% del sistema es privado, en donde tendríamos las Isapres

Y ahí se dividen las distintas isapres, El 22% de la población, atender, por lo tanto, el tema que estamos hablando de Psicoeducación, dirigida hay que saber que son poblaciones totalmente distintas, ya, porque el 78% el país está en fonasa y tienen ingresos bajos que sólo les permiten tener el sistema de salud, y el sistema público se atiende en los consultorios más cercanos al lugar, atendiendo por profesionales que van siendo un equipo para poder detectar la psicopatología que ir haciendo derivaciones, entonces tenemos a la asistente social, a la enfermera, como protagonistas de los consultorios, y de ahí van derivando a un centro de especialidades o a un cosa, a un centro de salud mental familiar, CDT, Centro de diagnóstico

y tratamiento, a un CRS, no sé si centro especialidad, ¿conoces esos conceptos?, COSAM Centro comunitario de salud mental familiar, otros son consultorios de especialidad otros son el CDT, Centro de diagnóstico y tratamiento, los otros son los CRS que se llaman centros de referencia de salud, todas esas son alternativas, lugares que pueden ser derivados un paciente que va viendo que diagnóstico tiene.

En los centros todos manejan la ley auge, y necesariamente hay que aplicarla, ahora, el sistema público que tiene muy bajos recursos para implementar Psicoeducación, para revisar todo lo que está planteado en el programa y yo hace poco hablé con una persona el ministerio de salud para saber cómo están los planes del programa en cuanto a su efectividad y lo que se plantea en ellos, tú sabes que en Chile no existe ningún estudio de evaluación de cómo van los programas, no damos a basto, hay muy poco personal de salud mental para trabajar en los casos clínicos y resulta que menos nos queda para hacer una evaluación de lo que realmente deberíamos estar trabajando, la prevención de salud mental, para eso es la Psicoeducación, principalmente para eso, es muy importante para poder detectar precozmente los casos y tratarlos en forma adecuada...

Francisca Moreno: Pero en ese caso, ya hay pocos recursos para hacer Psicoeducación como dices, en este caso, como voy a centrar todo lo que estoy haciendo en trastorno bipolar, porque esta es la introducción que hiciste está asociada a lo que es el sistema público y privado, donde ya hay pocos recursos. Con respecto a esto ¿cómo relacionas el la bipolaridad con el auge, en el sistema privado y en el sistema público?, en el que estamos hablando de una enfermedad complicada al final, con la salud mental hay que tener un mayor nivel de prevención, información de todo, o sea ya con pocos recursos para invertir en Psicoeducación estamos asumiendo que no hay mucha implementación de información, y de hecho la accesibilidad, con las guías me ha pasado que es muy difícil de conseguir guías para pacientes y familiares, pero si hay guías para médicos, no sé qué me puedes decir con respecto a eso...

Fabiola Serrano: En eso tienes toda la razón, las guías, han sido presentadas, al equipo de salud tal, interesado en el tema, porque, muchos otros miembros de salud mental no están muy interesados a profundidad. Los que hemos estado interesados en el auge y que real



mente beneficie a los pacientes, y la posibilidad de mejorar su calidad de vida, y de abordar, de mejor forma el cuadro clínico, nos informamos, estudiamos, hacemos reuniones clínicas y de ahí salen las guías de comportamiento de los profesionales primero, para luego meterlo a los pacientes y familiares, pero no hay para ellos, las guías son muy escasas...

Francisca Moreno: Me imagino que ¿para trastorno bipolar es peor todavía?, si hay poco para salud mental...

Fabiola Serrano: O sea la tiene..., claro, no la tiene el médico general, que es lo que debiera saber no, como en otros países más desarrollados, en donde hay mucha mayor información con respecto a información sobre la existencia de los trastornos mentales, de los tratamientos, de los abordajes, y de las posibilidades de consultar, por lo que hace una gran diferencia, ya, que si comparamos Chile con países desarrollados, en donde hay una más baja demanda de atención en salud mental en Chile, respecto a lo que ocurre en países desarrollados, ¿por qué ocurre?, porque en los países desarrollados están más informados de los trastornos mentales, de que tienen tratamiento, de que pueden recurrir a tal y tal profesional, entonces, nosotros, no es que tengamos menos trastornos mentales, la gente está desinformada.

Ahora, en tema de depresión este ¡ha sido el boom de los últimos años!, en que la depresión ha salido en el diario, en las revistas, artistas que se declaran deprimidos, se habla de la depresión, cosa que 10 años antes de esto, era todo bajito, absoluto secreto familiar, si alguien estaba con depresión, hoy en día las personas pueden hablar, si, yo he tenido varias depresiones, en donde se reconocen el cuadro clínico, ahí de depresión a trastorno afectivo bipolar, que importa ahora... cuadro depresivo, estamos hablando de otra complejidad dentro de la depresión, y el auge, atiende el trastorno afectivo bipolar sólo en el episodio depresivo.

Si por alguna razón uno tiene un paciente que debuta con un episodio maniaco o hipomaniaco, no entra al auge, lo rechazan todas las isapres, tiene que atenderse o privado o público, afortunadamente son los casos de menor prevalencia, pero, es un problema, porque no está el trastorno afectivo bipolar eufórico en el auge, está la de depresión, son pocos los trastornos mentales que hemos logrado que los incorporen al auge, a la ley auge, esquizofrenia, la depresión, en la alcoholismo y abuso de sustancias, en menores de 15 años... en el

alcoholismo, y con eso se deja de atender público, si tiene 16 años y entra al auge por abuso de sustancias no entra al auge, tiene que ser menor de 15 años, ¿me entiendes?, entonces, es complicado, acá falta mucho Psicoeducación...

Francisca Moreno: En Chile obviamente...

Fabiola Serrano: En Chile, claro...

Francisca Moreno: En Chile con respecto eso que me puedes contar, o sea ya me has contado el nivel de que no hay mucha accesibilidad, el auge en general tiene acceso a Psicoeducación en el trastorno bipolar, en sistema público o en sistema privado, de una forma mucho más profunda, ¿qué herramientas hay hasta el momento?, en eso, ya que tú no puedes llegar y diseñar, a partir de libros médicos que son muy complejos...

Fabiola Serrano: Sí, en el sistema público hay muy poca información, es la que estábamos un poco hablando de la información general que a través de los medios de comunicación al lado de la depresión, esquizofrenia, poco, y de la usa sustancias y alcohol, es pobre, que sabe la población general en trastornos mentales si están en el auge deberán ser, públicos, de conocimiento público, que un niño de cuarto medio supiera responderme ¿qué es un trastorno de depresivo?, ¿qué es un cuadro de alcoholismo y abuso de sustancias?, ¿qué es una esquizofrenia?, más o menos, un trastorno mental, eso es educación, educación general, pero si vamos algo más específico, Psicoeducación es educación en torno a los trastornos psíquicos, menos educación hay en salud pública, ya entonces cuando estamos trabajando en auge y depresión por ejemplo, en el grupo en que trabajé seis años, siete años, veíamos sólo los cuadros afectivos, de ahí es donde yo pude ver y seleccionar un grupo de pacientes que eran de trastorno afectivo bipolar, que trabajamos, hacíamos reuniones clínicas, estudios clínicos, hacíamos Psicoeducación con los psicólogos, había fonaudiólogos, se hacían psicoterapias individuales, terapia de grupo, hacíamos abordaje con familias, es un proceso científicamente comprobado que es útil...

Francisca Moreno: ¡Tienes razón!, tengo otra pregunta, ¿estudios sobre estadísticas sobre

trastorno bipolar en Chile existen?, porque hasta el momento no encontrado realmente en detalle cifras, quizás cosas del 2005, pero no hay como algo muy reciente que diga las cosas al “pan pan vino vino”, disculpa la palabra pero es la idea..., ¿existe algún estudio en Chile que tenga datos específicos sobre?, ¿que hable un porcentaje de tal persona, porcentaje trastorno bipolar que tiene abuso de drogas y sustancias?, es información el fin y al cabo...

Fabiola Serrano: Claro comprendo, no, no hay un estudio hecho con el rigor científico hasta el momento, solo hay estimaciones, por ejemplo nosotros decimos que hay un alta asociación de los trastornos afectivos bipolares con abuso de sustancias y de alcohol, principalmente el alcohol, o sea hay porcentajes altos de pacientes bipolares, en donde tenemos un abuso de sustancias, y sobretodo alcohol, lo cual empeora enormemente el pronóstico porque, obviamente por la interacción de medicamentos, la acción que se produce es, de muy baja la efectividad del tratamiento, entonces la gente se complica no solo consigo mismo, sino que con su familia, con los amigos, o sea deja de ser una complicación del trastorno bipolar, un paciente bipolar alcohólico, chocó, se portó muy inadecuado, en una reunión familiar o social, por ejemplo el problema es el alcohólico, no porque es bipolar...

Francisca Moreno: Tienes razón, la interacción...

Fabiola Serrano: Pero porque busca el paciente bipolar el alcohol, para calmar la angustia, pero no por eso, entonces, estamos viendo que...

Francisca Moreno: La psicoeducación ayudaría a todo esto...

Fabiola Serrano: La Psicoeducación tiene que tener muy claro tanto el paciente como los familiares que ¡no alcohol!, ¡no trasnoche!, ¡por favor ordenemos los ciclos de vigilia de sueño!, ¡el ejercicio matinal!, ¡alimentación ordenada! (enérgica)

Francisca Moreno: Contención afectiva...

Fabiola Serrano: Contención emocional, ¡claro!, la psicoterapia individual, terapia de

familia, como terapeutas familiares, alguien que esté tan informado de que ¿cuáles son los síntomas de recaídas para que avise precozmente que parece que estás ciclando?, a otro cuadro depresivo otro cuadro hipomaniaco o maniaco, síntomas característicos, eso lo deberías haber tanto el paciente como la familia como coterapeuta,

Francisca Moreno: Es interesante lo que planteas, aprovecho hacer otra pregunta en torno a esto, material Psicoeducativo, chileno, yo sé que hay libros de Pedro Retamal, como ya lo entrevisté, en general, pero obviamente dijo que habían algunos para pacientes y familias pero muy poquitos, enfocado más a especialistas, ¿qué mejorarías en Chile para poder llegar a un material Psicoeducativo mejor?, en el sentido de accesibilidad, forma, ¿qué lenguaje incorporarías, artístico?, y también Pedro Retamal mencionó que, hay una cierta relación entre creatividad y lo que es trastorno bipolar, de cierto modo ¿están directamente proporcionales?...

Fabiola Serrano: Relacionados...

Francisca Moreno: Sí, esa era la palabra, perdón, pero... ¿se podría hablar de que también eso podría llevar a un lenguaje más artístico?, ¿cómo te lo imaginas?, yo me lo imagino con información y todo, tiene que llegar de una forma más fácil a la gente, y que lo entienda porque está todo en un lenguaje más médico, que no entiende, y que genera una brecha gigante...

Fabiola Serrano: Sí, o sea, ahí creo que el arte necesita integrarse a las disciplinas del ser humano desde las distintas vertientes del arte, una película, ya, que muestre que las hay, ya, pero en Estados Unidos como en Europa, que hable de cuadros afectivos bipolares, que significa para el paciente y para la familia bipolar, eso, hay películas, entonces, llevarla terreno, acá, en nuestra cultura, sería un gran aporte, es un lenguaje, directo, la gente se identifica, o identifica un miembro de la familia con una misma sintomatología. Como Jack Nicholson, con “mejor imposible”, ¡fue genial!, porque resulta que muchos trastornos obsesivos compulsivos, fueron a tratamiento, luego de ver aquella película, así que importante es el aporte que hizo el cine, el productor de esa película, el director de esa película, los artistas, a la

humanidad, que ..., si yo tengo un paciente con trastorno obsesivo-compulsivo, le digo que vea “mejor imposible”, véalo y luego hablamos..., y le hace tanto sentido el entender...

Francisca Moreno: Perdona se cortó, dame un segundo para volver a grabar...

Fabiola Serrano: Si tranquila arreglalo nomás...

(Se cambia la cámara y vuelve a cargar la grabación)

Fabiola Serrano: (Risa) ¿qué?

Francisca Moreno: Seguimos... a ver quería retomar lo de los posibles lenguajes, lenguaje audiovisual, lenguaje gráfico que presente..., en que sea lenguaje simple tienes razón, porque, la gente no saca nada con leer cosas demasiado específicas, porcentajes, a mi me ha pasado revisando libros, de Eduardo Correa Donoso, que son libros muy gordos, en donde hay que tener un cierto conocimiento para..., eso no ayuda mucho...

Fabiola Serrano: Por eso te digo hay más libros para nosotros los especialistas, que para público general, o sea y eso es lo que necesitamos, que se desarrolle medios informativos para la población general, o sea en el fondo estamos hablando, de algo que es fundamental, la educación de nuestro país, sea pública o privado, estamos carentes de educación...

Francisca Moreno: Tengo otra pregunta con respecto a..., tú me dijiste que no hable de usuario, no hay que leer usuario, hay que hablar de paciente

Fabiola Serrano: O sea, no, se habla de usuario

Francisca Moreno: No, yo me refiero a ...

Fabiola Serrano: Hasta a mí se me pega un poco el concepto...

Francisca Moreno: Te lo digo porque yo concuerdo contigo y por medio la carrera, que hay un tema de de el usuario es más deshumanizado, la visión de usuario es comprar, etc., porque uno tiene que ver un paciente, a una familia, ¿cómo podrías describirme a ese paciente y esa familia?, si tuvieras que, no sé si conoces el concepto de arquetipo, ¿cómo arquetipizar a las familias y los pacientes?, ¿qué tipo son?, ¿cómo son?, ¿son más mujeres que hombres?, porque tú has atendido harta gente

Fabiola Serrano: Si, yo he recibido muchas consultantes, con una estructura psíquica, en su mayoría son mujeres...

Francisca Moreno: ¿En serio...? (Sorpresa)

Fabiola Serrano: Son mujeres, ya que las mujeres somos más extrovertidas, y más expresivas de nuestros malestares y emociones, donde la gran mayoría de los consultante en salud mental son mujeres, los hombres casi los traen así pero...

Francisca Moreno: ¡Mandungueado por la señora! (risas)

Fabiola Serrano: Sí, dicen no y vienen acá, o sea hasta los enganchamos de manera tal que se concentren en esto, no...

Francisca Moreno: ¿Y edades? porque ya..., son hombres, pero en el caso de las mujeres, ¿éstas son entre qué edades más o menos?...

Fabiola Serrano: Jóvenes, digamos, adulto medio, porque, sobre todo hoy en día, los pacientes tienen mucho acceso, entonces consultan más, ya, y tenemos otro parámetro importante en nuestra sociedad, la cual es muy machista...

Francisca Moreno: Es verdad...

Fabiola Serrano: La sociedad es muy machista, entonces cuando el hijo tiene un trastorno

del comportamiento está llegando ebrio, anda hablando fuerte, ¡que se yo!, todo el mundo piensa que se está portando mal, pero si la hija, llega a llegar a las tres de la mañana, ebria, hablando fuerte, al día siguiente le tienen hora con un psiquiatra o con un psicólogo, ¿es así o no?

Francisca Moreno: Yo creo que sí... (descolocada por el ejemplo)

Fabiola Serrano: ¡Ah!, ¿y por qué? porque ¡esa tolerancia con la mujer!

Francisca Moreno: Es que es verdad, Chile es muy machista...

Fabiola Serrano: Y no sólo Chile, tenemos a Sudamérica completa y Oriente, pero, el mundo es muy machista en general entonces, la población consultante es más femenina, y hasta las mamás y el papá, me traen más chicas jóvenes enfermas que hombres jóvenes enfermos, porque a él lo toleran, o sea pasa eso...

Francisca Moreno: Como algo piola...

Fabiola Serrano: Pasan como un trastorno de comportamiento, pero si la hija llega a llegar ebria y haciendo escándalo está realmente..., esto, desbordado y requiere atención psiquiátrica, ya si detectamos los casos, pero porque esa actitud, la Psicoeducación, tiene un foco en el cambio de actitud frente a los trastornos mentales, tanto en que no estigmaticemos al paciente, como que reconozcamos que existen los trastornos mentales, ¿cuáles son las características?, si es que mi hijo o un familiar mío tiene este cuadro clínico, ¿cómo lo ayudo?, ¿en qué tengo que apoyarlo?, estar al lado, si me cuenta algo, ¿es un signo de recaída?, y ya rápidamente llevarlo a a control, entonces es todo una círculo de ayuda...

Francisca Moreno: Es verdad,... ahora volvemos al paciente, es que se me escapó esta pregunta pero como tú, desde tu punto de vista ¿consideras que el trastorno bipolar es muy estigmatizado Chile?

Fabiola: Por la falta de educación yo diría que está estigmatizado, o sea, claro que se atreven a decirlo los ricos y famosos de que tienen un trastorno bipolar, lo sabemos por los medios de prensa, y no son muy simpáticos ni para las personas ni familiares que esto se sepa, públicamente, porque, porque no está bien entendido de que se trata, no está entendido que tienen tratamiento, en distintos modos de abordarse, históricamente los trastornos mentales más serios han sido secretos de familia, históricamente, si nos trasladamos si lo hacía tras los escondían en los asilos, más para atrás los quemaban en la hoguera, o sea la tendencia de las distintas sociedades a sido de ocultar los trastornos mentales, por qué la falta educación con respecto a su existencia viene de muchos años, entonces estamos conscientes hoy en día la sociedad, De que la psicoeducación, Hay proyectos, hay planes, hay excelentes propuestas, pero llevarlas acabo es muy difícil, por los recursos, disponibles tanto económicos, como de profesionales dispuestos a eso, pero es mucho por hacer

Francisca Moreno: Es verdad eso, ahora..., volvemos ahora..., a la parte paciente, o sea sé que son mujeres, es interesante, también sabemos que hay hombres, pero si tú me comentas todo lo que me comentaste sobre las familias, también tiene que haber una familia que lo vea como tabú, en Chile, porque no es llegar y conversar...

Fabiola Serrano: ¡Claro!

Francisca Moreno: ¿Cómo definirías esta familia?...

(Sonido portan avisando que la entrevista de terminar pronto)

Francisca Moreno: ¡Oh no! (estresada un poco), sigo, ¡es la última pregunta!...

Fabiola Serrano: Es difícil, lo que más vemos es a la Mamá al lado de nuestra paciente, por lo mismo, la mamá es la que más veces la acompaña, ante dichos pacientes, y traer el Papá y al resto de la familia, es más difícil...

Francisca Moreno: Me voy a aprovechar, voy a hacer las dos últimas preguntas, las dos

últimas preguntas que tengo son ¿en qué sectores crees que se puede intervenir?, se que lo hablamos a nivel artístico pero es para saber ¿cómo meter psicoeducación en Chile? y la última pregunta es ¿se enfocaría más para adultos, para niños, familia completa etc?., estas son mis dos últimas preguntas...

Fabiola Serrano: Ya, ¿en qué sectores?, en todos los sectores yo plantearía educación y psicoeducación, o sea eso tiene que empezar, en la sociedad entera...

Francisca Moreno: Desde niños, en el colegio, en lugar tanto tanto...

Fabiola Serrano: ¡Sí!, ¡por supuesto!, porque son enfermedades existentes no reconocidas, ya o sea si tú le preguntas a alguien, si ¿está con diabetes?, ah si es un problema con el azúcar, ya, pero algo sabe, pero si le preguntas ¿sabes de un episodio maniaco?, no sabe, alguien que se, lo confunden con un maniático...

Francisca Moreno: ¡Con maniaco depresivo...!

Fabiola Serrano: Lo confunden con maniático, el maniático el aseo, maniático del..., no tiene nada que ver, entonces es una cosa de que introduzcamos ¡por favor!, en la educación general de dos sectores, ya, yo ahí hago intervenciones diferentes de acuerdo a la población dirigida por ejemplo más lúdico para el más pequeño, o sea enfoque lúdicos, lo cual es muy interesante, ya, porque hoy en día estamos haciendo diagnóstico de trastornos afectivos bipolares y niños, entonces ahí ¿qué intervenciones hacemos aparte de la familia?, el papá la mamá los hermanos, el colegio la profesora, los otros chicos, qué saben?, ¿vamos a lograr llegar a eso?,

Francisca Moreno: ¡Tiene razón,...!

Fabiola Serrano: Porque en el caso, el niño necesita ayuda, y está haciendo cada vez más precoz la presentación de los cuadros, de los distintos diagnóstico, que tienen probablemente mucho que ver con la sociedad estresante en la cual vivimos, porque una de las cosas

que pedimos en Psicoeducación por ejemplo, es que la persona tenga la vida menos estresante posible, lo cual, claro, es como ir a plantar papas a Chiloe tranquilamente...

Fabiola Serrano: Fabiola muchas gracias, ahora sé que tienes que hacer pasar un paciente, pero te agradezco la posibilidad de poder tener más información para mi tesis...

Fabiola Serrano: Sí, no te preocupes, pero ya sabes,... hay mucho que se puede hacer, muy buena la idea crear bajo distintos medios la ayuda para educar e informar, para una mejor comprensión de los trastornos mentales, que hasta hace pocos años estaban escondidos en el clóset, entonces estamos ante una sociedad negadora, ¡no!, ¡está todo perfecto!, ¡la familia está bien!, ¡religión!, no pasa nada y al hijo o la hija homosexual, no cual, no yo, para nada, negación, en cambio con el bipolar, ¡¡¡shhhhh!!! (dramatiza ligeramente) ¡cállense!, incluso hay pacientes que son importantes, ya que uno les hace el diagnóstico de trastorno afectivo bipolar con todos los estudios que se hacen, lo derivan al auge, y el paciente me dice, que por favor no informe a su isapre, yo debo hacerlo por ley, pero el paciente tiene miedo de que aparte que aumente el costo del plan, se le sumen complicaciones laborales...

(Vuelve la secretaria a golpear la puerta).

Francisca Moreno: ¡Chuta! ¡Terminamos entonces! Gracias Fabiola (agradecida).

Fabiola Serrano: No te preocupes...

Cerramos entrevista porque viene sesión de la doctora, se agradece la entrevista y el tiempo de una forma algo expedita.

### Entrevista Especialista 3: Psicólogo Felipe Leddermann

Nombre: Felipe Leddermann  
Especialidad: Psicólogo Tratante de Trastorno Bipolar en Salud Privada

Día: Jueves 5 de Mayo del 2016  
Lugar: Centro médico neuropsiquiátrico efeso  
Duración: 40:18 minutos

Temas centrales de la entrevista:  
Psicoeducación.  
Tipos de paciente  
Oportunidades en Psicoeducación  
Sistema privado e información  
Guías Psicoeducativas en el sistema privado para familiares y pacientes

Entrevista a Felipe Leddermann:

Francisca Moreno: Buenas tardes, Felipe, ¿no hay problema con grabar verdad?

Felipe Leddermann: En absoluto...

Francisca Moreno: Gracias Felipe, ya... comenzó a grabar, ahora procedemos, me gustaría pedirte si es posible que te presentes.

Felipe Leddermann: Soy Felipe Ledderman, soy psicólogo clínico, trabajé en sistema público y he trabajado más en el sistema privado. Actualmente trabajo en mega salud y en este centro EFESO, que es un centro neuropsiquiátrico especialista en trastornos del ánimo...

Francisca Moreno: Bueno, a ver... ya, me gustaría que me contaras sobre ¿cómo ves la Psicoeducación actualmente en Chile tanto en el sistema público como privado?...

Felipe Leddermann: En el sistema público hace tiempo que lo deje, entonces me es difícil como dar una definición en qué está el sistema público en este momento pero el sistema privado, la Psicoeducación es bastante "lesefer", esto quiere decir que cada centro, o cada institución, cada profesional hace por sí mismo, de la Psicoeducación algo muy particular, no hay normas, establecidas, entonces, acá en el centro, como Psicoeducación, estamos, más que con Psicoeducación para la familia, es para la persona, el paciente, y hemos instaurado una guía, como un registro, del estado anímico, pero es para el paciente, y en Psicoeducación en términos familiares es como el protocolo familiar de, a la familia integrarla al proceso terapia, pero básicamente para que aprenda a qué esperar de la relación de cómo tratar a la persona dentro de su familia,...

Francisca Moreno: Procedo ahora con otra pregunta, mira yo hablé recientemente con Fabiola Serrano, yo sé que tú la conoces, así que ella me mencionó que están todas las guías Minsal, pero ¿hay algún registro por medio de MINSAL que haya sido creado el último año?, ¿estadísticas o algo parecido?...

Felipe Leddermann: No, no que yo sepa, como te digo yo estoy alejado del sistema público, siento que sistema público está más actualizado en eso, en general, en ese sentido, el sistema privado opera de una forma mucho más independiente de eso, aún cuando tiene que regirse por las reglas de la psicoterapia en general, pero desconozco como funcionan esas guías...

Francisca Moreno: Te quiero preguntar sobre... ¿sabes sobre Psicoeducación en otros países?, ¿qué tipo de terapias usan, etc?...

Felipe Leddermann: En otros países en detalle no, a nivel de ejemplo, pero sé que en otros países la psicoterapia cognitiva conductual está muy aprobada...

Francisca Moreno: Cuéntame en qué consiste...

Felipe Leddermann: En la psicoterapia cognitiva conductual, ... es una psicoterapia que está orientada..., es cognitiva conductual, porque es de aprendizaje, la persona a través de la cognición modifica o modela conductas, entonces lo prioritario para el paciente bipolar, es que junto con aprender a identificar factores que sean y que hagan que oscile su estado anímico, el paciente tenga ciertos recursos para poder modificarlos o para poder manejarlos..., para que no esté tan a la deriva, para esa instancia, hay estrategias, de forma conductual del paciente de aprender, eso es básicamente...

Francisca Moreno: Y con respecto a este paciente, las entrevistas que he hecho hasta el momento me han hablado mucho de la prevención,

Felipe Leddermann: Es que prevención, es difícil prevenir un trastorno bipolar, en realidad...

Francisca Moreno: En el fondo es prevenir características que puedan venir, yo me imagino que los síntomas se generan pero imagino que se puede prevenir que estos síntomas tenga menos impacto,

Felipe Leddermann: Sí, lo que pasa es que eso es para un paciente que está bien diagnosticado, es el paciente que tú ya sabes que está diagnosticado, ahí puedes prevenir, en ese sentido la terapia conductual, es que tú le ayudas al paciente, a identificar factores de riesgo que hagan oscilar el ánimo...

Francisca Moreno: Comprendo...

Felipe Leddermann: Son en ese sentido..., pero prevenir la enfermedad, no se puede, pero ahora hay mayor énfasis en diagnosticarlos más a tiempo, porque generalmente los pacientes lo pasan muy mal, porque son pacientes que son solo diagnosticados y recurren a la asistencia pública o privada por los cuadros depresivos...,

Francisca Moreno: Eso me mencionó Fabiola, que lamentablemente en el auge..., sé que no trabajas tanto con el tema público, pero mencionó con el tema del auge que están los episodios depresivos, pero no los episodios maníacos o hipomaníacos, no entran...

Felipe Leddermann: No, no, entra solamente el primer episodio depresivo, entonces los maníacos e hipomaníacos no se consideran, básicamente es eso...

Francisca Moreno: Tú consideras que la psicoeducación en Chile, bueno yo sé que pasa en otros países por lo que conversé con Fabiola Serrano pero, ¿consideras tú que posiblemente estemos atrasados?, pero ¿consideras tú que la psicoeducación necesita nuevos lenguajes para poder darse a conocer a las personas?, ¿cómo te imaginas esos lenguajes si fueran...?, porque también con Pedro retamal, me tocó hablar, y, la accesibilidad si es un problema...

Felipe Leddermann: Sí, la accesibilidad es un problema, emhh, no hay difusión, no hay, no sé cómo pensarlo, pero no hay canales de difusión, no hay forma de, mmm, no he visto formas en las cuales la población tenga acceso al tratamiento, si no que es a través de alguien que conoce a alguien que tiene la enfermedad, entonces, se genera un rumor sobre la enfermedad a nivel poblacional, y no se genera un conocimiento verídico, la población o quiere algo como un rumor por otros que han tenido una enfermedad o presentan enfermedad, entonces no se tiene conocimiento, verídico, por profesionales, como un conocimiento, más formal de la enfermedad a nivel de tratamiento y se tiende a estigmatizar, por la enfermedad también, lo que yo visto es que los pacientes tienen mucho temor de contar, temor de hablar que sufren un trastorno bipolar, por que el mundo en general, lo ha estigmatizado, y ridiculizado...

Francisca Moreno: Ridiculizado ¿te refieres a...?

Felipe Leddermann: Ridiculizar en términos de que cualquier cosa, estado o cambio que tiene una persona normal entonces los relativizan, antes que él tiene trastorno bipolar dicen, ¡ah es que es bipolar!, ¿me entiendes?, entonces la gente tiene la noción de que ser bipolar, es cualquier estado en que cambia tu estado anímico, si te pones muy eufórico, si te pones muy

irritable, cosa que está mal entendida, porque las personas normales cambiamos de estado de ánimo, es normal no hay un conocimiento sobre eso...

Francisca Moreno: A mi me llama la atención que hables de estigmatización, ¿podrías hablarme, por qué?, ya, estigmatización, paciente acude a consulta, ¿conoces el concepto de arquetipo?...

Felipe Leddermann: ¿En qué sentido?

Francisca Moreno: Arquetipo como una persona que puede poseer patrones, características específicas...

Felipe Leddermann: Ah, ¡sí! (asiente con la cabeza)

Francisca Moreno: ¿Podrías? ...¿cómo, mmm?, no caricaturizar, pero mencionarme ¿cómo son los tipos de pacientes que vienen?, ¿los tipos de familias que vienen con ese paciente?...

Felipe Leddermann: ¡Hay de todo!

Francisca Moreno: Pero me refiero a características, cinco tipos me refiero por ejemplo...

Felipe Leddermann: Hay de toda índole, de distintos estratos sociales, distinto nivel de escolarización, distinto nivel académico..., de familias que son aparentemente bien conformadas, así como también familias que son disfuncionales, con alguna dificultad, familias que presentan a veces violencia intrafamiliar, maltrato, o cuadros por dependencia el alcohol, pero la mayoría, en términos generales si tuviera que hacer un arquetipo, son personas normales abarca todo el espectro de personas, con trastorno bipolar, son personas funcionales, personas que tienen trabajo, que tiene familia, que tienen un nivel educacional dependiendo de donde provenga, funcionan muy bien si tienen un tratamiento adecuado y saben llevar su enfermedad, no podría decir que hay como un arquetipo, no es que esa

enfermedad se deba ciertos patrones, ahora, si hay, evidencia científica que más o menos se piensa, que bipolar, que los cuadros depresivos, en general tienen antecedentes hereditarios, uno ve en la tercera generación, segunda o tercera generación, un padre o una madre, un tío, abuelo, hacia atrás que presente, o algún cuadro esquizofrénico, o algún cuadro depresivo no tratado, o dependencia a él alcohol, cualquiera de esas instancias, lo más probable es que la tercera generación pueden tener algún trastorno del ánimo, no necesariamente trastorno bipolar, pero sí, algún trastorno en general, pero no podría generar un arquetipo, yo recibo pacientes de toda índole, de todas las edades, en general son edades distintas, en general cuando ya está diagnosticado es una edad sobre 30 o 40 años, ese es el grueso de pacientes que recibo, hay un porcentaje más pequeño que debe tener entre 20 y 30 años, y otro bastante más pequeño, debe ser sobre 50 años, 60 años, por ahí, pero el grueso está destinado entre 30 y 40 años, pero son los que yo atiendo, desconozco si será en salud pública distinto o no...

Francisca Moreno: ¿Son más mujeres que hombres?

Felipe Leddermann: Difícil pregunta porque (lo medita y se sorprende un poco) los que más concurren son mujeres, sí, son las mujeres (se sorprende un poco), pero no es indicador de que no hayan hombres que presenten el trastorno, los hombres por una cosa que son más reticentes a la salud mental, pero por ejemplo en Argentina, los hombres consultan tanto como las mujeres, los hombres tienen mucho más conocimiento de salud mental, avalan mucho más la salud mental, por todo el desarrollo del psicoanálisis que ha tenido en Argentina, entonces valora mucho, la atención psicológica y psiquiátrica...

Francisca Moreno: Voy a lanzar otra pregunta, con respecto a eso, quiero saber..., bueno, en el sistema privado también, la gente busca informarse, pero la gente te pide guías, también, las pocas guías que hay, las poquitas que hay, necesitan mejoras, ¿qué oportunidades hay en, en tema Psicoeducación que puedas creer que suceden?, aunque podrían ser mejoradas,, porque hay mucho oportunidad, para generar información, pero ¿qué oportunidad directa?...



Felipe Leddermann: Es que la forma directa es que cada profesional entrega información, esa sería una forma directa, pero, pero poblacionalmente, es difícil imaginármelo, sería un medio y que viniera desde el Ministerio de Salud, alguna forma de entregar información en los consultorios, en los hospitales, volverlo un medio más masivo, sobre el trastorno anímico, el trastorno bipolar, ya sea con guías, información como por ejemplo, uno podría pensar en salas de espera, en vez de dar información en televisión abierta, podrían dar información, hacer videos, dar información con respecto salud mental, en los consultorios, donde la gente se atiende, y consultoría general...

Francisca Moreno: ¿Y otros tipos de lenguaje?, lo digo porque al fin y al cabo hablé con Pedro Retamal un poco y habló de que, según él, la enfermedad bipolar está mucho con la creatividad, en el sentido que las personas muchas presentan grandes niveles para concentrarse en el trabajo, se podría decir de cierto tipo exitosa, atractiva, ¿cómo te imaginas una Psicoeducación destinada a fomentar un punto de vista en que las personas saquen lo mejor de ellas?, porque tú me dices videos y todo, pero si fuera en un lenguaje de arte, o de video, porque son distintos tipos de lenguaje...

Felipe Leddermann: Es que ahí tendría que contar a las personas, cuidando de..., es desde mi experiencia, trataría de cuidar el lenguaje, y cuidar el paciente...

Francisca Moreno: No exponerlo, ¿te refieres a...?

Felipe Leddermann: Exacto, no exponerlo, no haría un cómic por ejemplo, quizás haría algo, un video, algo más formal, estoy pensando en ¿cómo lograr la atención de la persona?, del público en general, eh, porque en general los medios de tríptico y las cosas habría que ver si la gente las toma o se les olvida, sólo se interesan aquellos que tienen la enfermedad, y a la gente más cercana...

Francisca Moreno: En ese sentido te refieres a que ¿es importante generar un rebote a otros tipos de personas que no están directamente relacionadas con esto?...

Felipe Leddermann: Sí, yo creo que es importante que la gente..., sí, que hay un conocimiento con respecto ese sentido, frente a la enfermedad, es que yo hablo desde mi experiencia, ya que los pacientes pasan por una instancia, una primera etapa en que no aceptan la enfermedad, porque es una enfermedad que los puede acompañar toda la vida, en que se sienten muy invalidados, que lo sienten injusto, entonces, se sienten distintos, quedan estigmatizados ellos mismos, me entiendes, porque tienen la sensación de que no son normales, hasta que uno les explica bien que tienen que ver con una cosa anímica, que hay un patrón distinto, pero que no los hace diferente de las otras personas, son personas creativas, tienen buen juicio, son personas que pueden hacer una vida absolutamente normal, pero pasan por esa etapa en que en el fondo, que les cuesta mucho aceptar en primera instancia, no quieren la enfermedad, por eso se enrabian mucho, hasta que finalmente logran amigarse con el tratamiento, de alguna forma, y lo ven como parte de sí y cuando eso se logra está bien, está ok, si perfectamente, entonces es el cuidado del paciente, en el medio masivo, no todos los pacientes tienen que andar diciendo que tienen trastorno bipolar, tienen un temor a eso, por qué cuando ya saben que lo tienen, tienen que adaptarse e insertarse frente a estas situaciones sociales comunes, sienten temor, se sienten estigmatizados, no quieren dar a conocer eso...una debilidad...

Francisca Moreno: Tengo otra duda con respecto a..., las personas de repente no sólo se enfocan en las guías para informarse, hablan más con el médico, en el sistema público,... no hay muchas guías...

Felipe Leddermann: Hay guías...

Francisca Moreno: Del MINSAL, pero esta dirigido a público y privada, de ser así donde hay más guías, porque tienes la guía Auge, ¿qué otras guías me puedes recomendar aparte de la MINSAL y la de Pedro Retamal también?...

Felipe Leddermann: No conozco en detalle esas guías, son muy poquitas, no hay mucha información de eso...

Francisca Moreno: Mmm... hablamos de las oportunidades de..., en este caso si tiene oportunidad de diseño ¿cuál es podrías decir que son focos a intervenir de la Psicoeducación con respecto al trastorno bipolar para generar impacto social?, entendiendo impacto social como paciente, familiar, gente alrededor como sociedad completa...

Felipe Leddermann: Yo creo que la familia es primordial, el entendimiento por la familia, que es el foco mayor, porque si el paciente se siente comprendido a nivel familiar y no descolocado en la relación familiar eso se puede transmitir a otras instancias, si la familia tiene un paciente índice que presenta trastorno bipolar y participa y entiende que es algo normal y es algo que puede manejarse y que ayuda al paciente, y que sabe cómo ayudar al paciente, esa familia puede transmitir a otras instancias, y otras familias también, y es claro...

Francisca Moreno: En ese caso la familia ¿sería una especie de foco de información?...

Felipe Leddermann: ¡Sí!, en ese caso la familia es un foco información, si...

Francisca Moreno: ¿Y focos a intervenir dentro de la terapia?...

Felipe Leddermann: Estoy dentro de la terapia, el foco, es muy particular, que el foco sicoterapia, tiene que ver con factores propios y que desencadenan el desequilibrio anímico, entonces, es como de cada persona, con cada una se tiene un foco distinto, un paciente puede desanimarse o puede..., cambiar anímicamente ponerse más hipomaniaco, con algo que para otros no es relevante...

Francisca Moreno: Tienes razón con eso, ahora te pregunto otra cosa...

Si tú tuvieras que dirigir un proyecto para hacer algo de Psicoeducación, y posiblemente lo harías para todas las edades, porque todos merecen ser informados, ¿cómo te imaginas agarrar esos trayectos de edad?, ¿de distintos lenguajes?, ¿cómo harías la difusión?

Felipe Leddermann: Definiría lo que es el ánimo primero, explicaría que es lo que se relaciona con los seres humanos, ¿qué es el ánimo?, ¿cómo es el estado anímico?, ¿es algo

que uno siente y algo transversal a todos?, o sea aplicando, aquí el ánimo tiene variaciones, que fluctúa, entonces que las personas pueden aplicar eso en sí mismo, y que puedan darse cuenta de eso...pero, no sé como...

(Se pone pensativo y hay unos momentos de silencio)

Francisca Moreno: Es difícil la pregunta...

Felipe Leddermann: Sí, es difícil la pregunta, porque ¿todas las edades?...

Francisca Moreno: Porque rango etarios, yo me pregunto en la familia, no creo que toda la familia venga al tiro a consultar y ayudar...

Felipe Leddermann: No, hay familias que no quieren participar a veces, hay familias que lo toman como algo malo, saben poco de salud mental, me ha tocado de repente recibir a padres separados, por separado, Papá, Mamá, en donde uno de los dos no cree en los cuadros depresivos, y no cree que existen enfermedades mentales, entonces, es difícil ahí, separarlo etariamente, pero yo creo que tuviéramos que hacer en temas generales para todos, uno puede oscilar en, perdón..., comprender que el estado de ánimo y salud que uno puede observar, que uno podría mirar algo de su estado anímico, que la idea fuese cuando estoy siendo..., teniendo un estado anímico, desproporcionado, cuando estoy siendo eufórico es mi visión, en ese sentido, de que una persona tenga primeramente un conocimiento de qué es el ánimo, el estado de el humor, el ánimo con el que siente las cosas...

Francisca Moreno: Tú dices cómo el estado anímico general...

Felipe Leddermann: ¡Sí!, el estado anímico general...

Francisca Moreno: Estado anímico general, después particular, y después compararlos...

Felipe Leddermann: Sí, porque si no la persona no tiene, si tú lo presentas tal como así,

como una enfermedad bipolar, no lo hace parte sí mismo, va a decir “otro es bipolar”, pero todos tenemos un estado anímico entonces hay una diferencia ahí, porque capta toda la atención, todos tenemos ánimo, claro, hay un día en que yo me levanto de mejor ánimo, un ánimo en términos generales, uno estoy de sumo agrado, y otro día estoy más triste, más melancólico, no muy bien, me cuestan las cosas de la actividad diaria, se podría tomar la atención de las personas desde ahí...

Francisca Moreno: Voy hacer otra pregunta, aprovechando que no pregunté, ¿cómo relacionarías tú...?, yo sé que trabajas en tema privado, pero ¿cómo relacionarías tú, el auge en el sistema público y privado, con la Psicoeducación?, porque no se ve que se estén generando nuevos estudios, ¿los privados si generan estudios?

Felipe Leddermann: Lo que pasa es que se demora, pero si generan estudios los privados, se hacen estudios, pero la mayoría de los estudios que se hacen en el ámbito privado son, farmacológicos porque es donde hay dinero, porque es difícil, es engorroso, hay que tener una muestra de pacientes expuestos a tratarse con ciertos fármacos, y hacer mucha investigación en eso, lo que más hay en investigación si tú buscas, en el modelo médico, tradicional digamos, a nivel farmacológico sobre la enfermedad, en la psicología, no hay investigación que yo sepa, que esté abocada a al trastorno bipolar, hay mucha información por ejemplo ven, terapias que están orientadas al a trastornos de personalidad, pero no si el trastorno bipolares, ay si en torno a trastornos depresivos, terapia para la depresión, una terapia sobre todo conductual, abordado el cuadro depresivo, pero bipolar no conozco...

Francisca Moreno: ¿No hay muchos estudios?, que complicado eso, ... obviamente si no hay muchos estudios en Chile, no hay tanto diseño en Psicoeducación, no hay tanta difusión y todo, a mi me gustaría preguntarte, ya que hora voy a comentar por este paciente que lo estigmatizan, ¿encuentras que Chile es un país que estigmatiza la enfermedad?, ¿cuál es tu percepción como psicólogo?, porque tú tienes personas que vienen, y te hablan, Chile ¿es un país tolerante con el trastorno bipolar?, ¿no es tolerante?, ¿no lo comprende?...

Felipe Leddermann: Yo creo que no lo comprende mucho,...

Francisca Moreno: Lo mencionó por la etiqueta, no sé...

Felipe Leddermann: No lo comprende mucho, quizás lo tienden a utilizar, ... mal o bien intencionado, no hay conocimiento, por eso los pacientes tienen temor de decirlo, porque es cierto, puede ser que hagan una, no sé, una caricatura, del trastorno bipolar, entonces el paciente se siente muy reticente a contar que él presenta un cuadro, ese cuadro...

Francisca Moreno: Dame un segundo voy a colocar la cámara de nuevo...

Felipe Leddermann: Bueno...

Francisca Moreno: Continúa Felipe, ahora (arreglo la cámara,)

Felipe Leddermann: Bueno continuo, el paciente entonces se vuelve reticente a ese cuadro (se detiene y medita un poco)

Francisca Moreno: Entonces, es que es complicado, yo siento la etiqueta así que la persona se esconda, en el fondo...

Felipe Leddermann: Sí, pero no sé si, es difícil decir si es tolerante o no, porque yo percibo desde dentro, yo percibo lo que les toca vivir a los pacientes, ahora, y en el mundo diario también he escuchado, no yo como psicólogo, escuchado socialmente claro que utilizan, “este es bipolar”, éste sí, entiendes, como una instancia en que al otro lo relativiza, ah es que está de mal humor, es bipolar, entonces, el término se ha traqueteado...

Francisca Moreno: Sea masificado para ser...

Felipe Leddermann: Se ha masificado mal, entonces cómo se ha masificado y todos tienen una idea que es un loco, que no sabe lo que hace, que está haciendo puras tonteras, que está de mal humor y entonces cambia humor y no hay que creerle porque cambio de humor, en

tonces, queda invalidado, entonces el paciente no se puede enojar, y no se puede reír mucho, porque si cuenta que es bipolar, esto te cuento, que es lo que yo percibo, que si cuenta que tiene cuadro bipolar, la gente le va a decir, “ahh estás en tu fase bipolar”, en ese sentido esa es la evidencia que muchas veces me cuentan, el hecho de no poder asumir ese enojarse como debería ser normalmente...

Francisca Moreno: ¿Cómo concientizarías Chile?, sé que hablamos de esto antes, como..., yo sé, que los psicólogos tienen un conocimiento de cómo piensan las personas, o sea, me refiero al hecho de que uno percibe desde dentro y desde fuera, los pacientes bipolares me imagino que son personas sensibles, que son mucho más profundo...

Felipe Leddermann: ¡Sí!, lo son...

Francisca Moreno: ¿Cómo harías que una persona normal, pudiera tener un acercamiento y que no sea algo tan banal?, al fin y al cabo la cosa es concientizar, agarrar por hilos internos profundos, que causan sentido, o ¿cuál es crees que podrían ser las vías para llegar a las personas comunes? en el fondo...

Felipe Leddermann: (Se queda pensativo)

Francisca Moreno: Sé que es difícil la pregunta, si lo sé, pero...

Felipe Leddermann: Sí (duda en la respuesta) concientizar a las personas, información no más, no se me ocurre, la familia, mmm..., la difusión a través del sector público, hacer campañas, medios de reproducción masiva, hacer campañas sobre los trastornos anímicos, en el fondo para pesquisar para que la persona, que se puede a pesquisar más, más que nada, para poder cambiar en la persona esta cosa...

Francisca Moreno: De la etiqueta...

Felipe Leddermann: De la etiqueta, que es lo que sería un gran paso si las personas espe-

cialmente bipolares, puedan ser..., plantearlo libremente y que no fuese relativizada...

Francisca Moreno: En el fondo que fuera como la diabetes...

Felipe Leddermann: ¡Claro!, ¡sí!, que es como si fuese cojo, y todo el resto del mundo dijera a los cojo son medios tontos, entiendes, entonces yo trataría de hacer un esfuerzo para no verme cojo, estaría mano derecha, porque el temor de eso es lo que inhibe el mostrarme como soy, entonces el paciente bipolar presenta este temor de..., anticipado que lo puedan relativizar como persona, presentar el cuadro no me invalida una persona, eso es lo que habría que concientizar a la población, si yo tengo un trastorno anímico, y tengo un tratamiento adecuado, no dejo de pensar mal, no dejo de tener una vida normal, entonces, un paciente bipolar puede estar compensado y puede enojarse un día, y no significa nada, pues entristecerse un día, y tampoco significa nada, ¿entiendes?, es mucho más complejo el cuadro de diagnosticar, por eso se demora tanto en diagnosticarse, y es difícil, entonces, no es de una tal naturaleza tan no es algo tan burdo, no es algo tan burdo de que alguien tenga un cuadro, un cambio de ánimo y que se enoje, o se entristezca, pero la gente, lo ha entendido así...

Francisca Moreno: Última pregunta, para no hacerte gastar más tiempo, ya la psicoeducación en Chile, ya es como algo que esta ya un poco ya medio avanzado, con respecto a salud mental y trastorno bipolar, y que focos con respecto al trastorno bipolar tu potenciarías, para hacer que mejore la psicoeducación en Chile? Independiente que sea privada o pública, obviamente la privada tiene un poco más de información que la pública, pero a nivel general que todo se adaptó el final cabo a a un diseño información

Felipe Leddermann: El foco yo creo que parte por el foco del ministerio,, yo creo que el ministerio salud, es un foco que da directrices, siempre es más el estado,... ya que el estado en última instancia, es el responsable de la salud, de como se organiza la salud en el país, los privados hacen su tarea, pero, quienes poseen más medios al alcance, de lo que es el ministerio, es quien dicta, el que es la cara visible, es público...

Francisca Moreno: Y esas oportunidades de Psicoeducación que dices, ¿qué herramientas

tendría que generar? ,lo que a mí me interesa saber es...

Felipe Leddermann: Yo creo que el ministerio salud,...

Francisca Moreno: Es que es difícil...

Felipe Leddermann: Sí, el ministerio de salud podría dar mucho más énfasis en eso, lo que pasa es que el ministerio salud tiene un montón de otras prioridades de ..., es complejo...

Francisca Moreno: Es verdad...

Felipe Leddermann: Hay muchos más cuadros depresivos como tal que el trastorno bipolar, ósea la depresión es una prioridad tremenda, en general, si tú me preguntas, todos saben si preguntan ¿qué es la depresión?, todos tienen más o menos..., todos tienen una noción, todos le dan credibilidad, más o menos, unas acepción al trastorno depresivo, pero el bipolar se ve asociado a la falta de cordura, en la instancia eufórica, la hipomanía, la gente cree que son locos...

Francisca Moreno: Sí (asintiendo)

Felipe Leddermann: Ese es el problema por eso se ha difundido mal, los depresivos son la gente que dice sí, está triste, en lo social lo entienden más fácil...

Francisca Moreno: Si es verdad, ahora te hago otra pregunta, de educación, perdón, el ministerio salud que..., ¿Cuál es tu visión? la verdad, ¿en qué soportes crees que funcionaría más para la población?, y lo otro el ministerio de salud ¿en qué soportes, podría invertir, para acercar a la población en trastorno bipolar?, esa es la última pregunta...

Felipe Leddermann: ¿En qué se podría invertir Psicoeducación? (pensativo)

Francisca Moreno: Soportes me refiero a impresos, gráfica, que está disponible, que se

puede usar, que es factible económicamente, o sea, va por ahí..., sé que es difícil, porque la información es para médicos, hay libros muy caros, que se comparten sólo entre especialistas, pero...

Felipe Leddermann: Yo creo que, a ver..., yo que recuerde, cuando estaba en el CRS, allá en la salud pública, por ejemplo las campañas de las situaciones de violencia intrafamiliar, la forma en que informamos a la población, era a través de trípticos, de medios escritos, y nos daba bastante resultado, resultados bien buenos, y era por ejemplo dejar en todas las salas, de recepción, dejar folletitos, para que las personas de la central familiar se informaran, también hacíamos talleres informativos en base a la familia cuando tenía, en las reuniones de salud mental integrada, también entregamos a los distintos profesionales, de otras áreas de salud mental, le entregamos información sobre el cuadro de violencia intrafamiliar, para que ellos también pudieran pesquisar, y lo que en algún momento pensamos hacer eran videos. También, en la sala de espera que te estoy diciendo, la gente mirando ahí, y así permitiría de que sí..., que lo hiciera parte sí mismo, internalizarlo, para ver si en su casa tenía o no, el familiar, si estaba así..., si lo podían identificar, entonces, yo siento que que lo masivo es a través de lo escrito, de lo audiovisual...

Francisca Moreno: Escrito, ¿te refieres a impreso?

Felipe Leddermann: Sí, y también audiovisuales, y tiene que ser breve, porque hay que explicar en muy pocas palabras para que la persona te pueda reproducir de lo que se trata, esto lo hace un cuadro muy complejo, y la persona no lo identifica, y no lo hace parte de sí, tiene que estar traducido en un lenguaje que es como cuando tú me cuentas una película, pero no me cuentas el aspecto filosófico de la película, me cuentas algo muy fácil de digerir, cosa que yo pueda reproducir..., los trípticos eran, por ejemplo, cuadro de la enfermedad, se caracteriza por esto, se componen en una o dos personas que componen el cuadro familiar, presentan esta conducta, que puede ser una conducta agresiva, física, o una violencia psicológica, y tales características. Muy simple, también se podría hacer con el trastorno bipolar, todo eso sería muy bueno

Francisca Moreno: ¡Última!, ¡última pregunta!, ¿qué ítems agregarías dentro de ese, no sé si folleto?, ¿cuáles serían tus criterios más importantes para colocarlo?...

Felipe Leddermann: Los ítems más importantes, o sea yo creo que..., que la persona logre comprender..., (meditativo) ...pensando en el paciente..., que la persona logre hacer, entender o hacer parte el estado anímico, que pueda observar en si mismo el estado anímico, esa puede ser una cosa, y lo otro se lo apoyo de la familia, yo creo que es el foco más importante...

Francisca Moreno: ¡Ya!, y luego por último, último, ¿dejarías como un material para todos?, o ¿material sólo para paciente, familia?, ¿amigos los incorporarías todos en uno?

Felipe Leddermann: Sí, todo en uno, haría una cosa para que toda la población Y los que son tanto, pacientes como los que no son pacientes, los pacientes siempre van a recibir información adicional, de eso no me preocuparía tanto, los pacientes siempre van a ir con su psiquiatra, con su psicólogo, siempre van a tener información adicional, pero lo haría para todos, yo creo que para todos, abarca más para concientizar más a las personas... dame un segundo (secretaria le avisa por citófono que llegó su paciente), Francisca vamos a tener que dejar aquí por mientras...

Francisca Moreno: Estamos entonces, muchas gracias Felipe por tu tiempo...ahora te dejo con tu paciente...Cuidate y buena semana (me despido)...

Felipe Leddermann: De nada (sonríe), si tienes dudas me avisas por mail, y ¡no te olvides de la cámara! (abre la puerta y saluda a su paciente)

Francisca Moreno: ¡Ahora la saco!

(Se apaga la cámara y finaliza la entrevista).

# 03. Entrevistas Personales

## Entrevista Personal 1: Matilde Mualim Paciente con TAB II

Nombre: Matilde Mualim

Revisión :entrevista escrita por mail posterior conocer en persona (después de horario de trabajo continuado)

Horario aproximado de revisión y confección de respuestas: 1 hora 14 minutos

TAB: creo que el II

Temática 1: Vivencias al inicio de la enfermedad

1) Considerando que te diagnosticaron con bipolaridad, ¿podrías relatarme la etapa previa a este diagnóstico? ¿cómo fue el proceso de establecer la enfermedad como bipolaridad y no como depresión? ¿cómo fueron las sospechas desde el principio? ¿cómo se fueron evidenciando? ¿Cómo fue también esta asimilación para tus familiares?

La verdad para mí fue un proceso complejo. Comencé a los 12 años aproximadamente a sentirme deprimida, sin embargo, habían muchos factores en juego que hicieron difícil un diagnóstico. Primero que nada, el cambio de ciudad. Yo venía del norte, donde llevaba una vida relativamente tranquila, con amistades y un buen rendimiento escolar. Al llegar a Santiago, mi esquema de vida se rompió un poco. Llegué a un colegio nuevo, una ciudad nueva y un ambiente nuevo que no me era grato. En el colegio me hacían mucho bullying, y las cosas en mi casa no andaban bien (a todos nos afectó mucho el cambio). Esto significó, entre otras cosas, que yo empecé a irme más hacia adentro, a sentir un dolor emocional tremendo y a querer encerrarme en mi soledad. Lo que pasó era que mis padres en ese tiempo no comprendían el concepto de lo que podría ser una depresión o mucho menos una bipolaridad. Mi padre, específicamente, no confiaba ni creía en las terapias, por lo que se rehusó en todo momento a llevarme a una consulta. Desde la postura de “es sólo una cuestión de actitud”, pasé años sintiéndome muy mal y sin saber qué me estaba pasando

ni mucho menos qué hacer al respecto. A los 12 años comencé a ingerir alcohol sola en mi pieza, a fumar y a infringirme heridas, junto con un par de intentos de suicidio. A los 16 mis padres se enteraron que yo me hería a propósito y, la verdad, ni ahí lo asimilaban. Es más, me vi enfrentada a un castigo severo de 6 meses, culpando a todo lo externo, en vez de pensar en un tema de salud mental. Ya hacia los 18 años, me fui de la casa a vivir con una amiga. Su mamá es psicóloga y me vio inmersa en un insomnio que me tenía despierta hasta las 7:00 AM, y me llevó al psiquiatra. Ahí comenzó todo. Como resumen, pasé de un psiquiatra en otro, y mientras unos decían que era depresión, otros mencionaban la bipolaridad. Ese fue mi primer acercamiento a esto. Pasé por distintos diagnósticos y la verdad, recién hacia los 23 o 24 años me fijaron el diagnóstico como “bipolaridad”, y me comenzaron a tratar por eso específicamente. Fue muy difícil llegar a un diagnóstico certero más que nada porque mis problemas familiares se mezclaban con la sintomatología de la bipolaridad, sumado a médicos con poca visión de persona (sólo buscaban medicar para generar ingreso) y a un poco entendimiento y acompañamiento de la familia. El mayor problema, diría yo, es que en esa búsqueda por respuestas me encontré con médicos sin ética quienes, sin un diagnóstico fijo, me sometieron a terapia de electroshock (TEC) en reiteradas ocasiones y bajo un tratamiento que tan sólo sirvió para borrar mi memoria y empeorar mi concentración.

2) Con respecto a momentos complicados de la enfermedad ¿podrías relatarme algunas de las vivencias de cómo fue la primera “crisis anímica”? ¿cómo se desarrolló? ¿qué año sucedió y cómo ocurrió? ¿qué crees que evidenciaron tus familiares como “síntomas” previos y durante la crisis? ¿cómo reaccionaron tus familiares emocionalmente?

La verdad no sabría describir una primera crisis anímica, más que nada porque siento que el término se refiere a algo puntual y, en realidad, para mí fue más bien una época continua que duró años. Cuando tenía 12 (2002) tuve dos intentos de suicidio de los cuales no se enteró nadie (intento de ahorque) y a los 16 (2006) las heridas autoinflingidas eran cuestión de cada día. A los 18 (2008) años (como mencioné anteriormente) me fui de la casa y llegué donde una amiga quien me acogió por unos meses. A los 21 (2010) me generé una herida tan grande que me tuvieron que llevar a urgencias, poner puntos e internar en una clínica psiquiátrica. En el fondo, pocas veces (hasta ya más grande) tuve crisis puntuales. La verdad,



siempre era un estado normal. Quiero decir que, por ejemplo, para mí una crisis fue el año pasado (2015) cuando, ya viviendo sola, tomé la decisión de quitarme la vida. Salí, compré una botella de vino y volví a mi casa dispuesta a hacerlo. Finalmente, no hice nada más que llamar a un tío e ir a urgencias para ser derivada a una clínica psiquiátrica. A lo que voy con esto es que eso, por ejemplo, lo siento más como crisis porque hay un cambio notorio entre lo “común y diario” y el momento de angustia desgarradora. Por lo mismo mencionaba que durante los primeros años, de búsqueda y diagnóstico, no siento que haya habido una “primera crisis”. Es confuso. La primera vez que me internaron no estaba viviendo en mi casa, estaba donde una amiga, por lo que no hubo un “antes y después” en cuanto a lo familiar.

3) Con respecto a tu familia, ¿cómo reaccionó ésta con la primera “crisis anímica” (tu madre, su padre, o hermanos)? ¿qué información se manejaba inicialmente a nivel familiar? ¿qué fue lo más difícil de comprender? ¿cómo fue la búsqueda de información (recurrió a internet, a especialistas, a amigos, etc)?

Si considero mi primera hospitalización como la primera “crisis anímica”, podría decir que fue complejo. Un poco en contexto, yo estaba de vacaciones con la familia de mi amiga donde estaba viviendo. Estábamos en la playa, me acuerdo, y yo no estaba nada de bien. No dormía, tomaba mucho y salía a caminar sola, pensando en qué hacer con mi vida. No quería volver a mi casa porque me rehusaba a continuar viviendo con mi padre, pero al mismo tiempo me llamaba mi hermano llorando para que volviera. Estaba llena de angustia y dolor, y el panorama no se veía bien. Y entonces pasó. Iba a salir a caminar cuando, al abrir la puerta, me encuentro con mi madre. Había manejado hasta la playa para ir a buscarme y hospitalizarme en Santiago. Considerando esa experiencia, mi madre, ahora entiendo, se notaba preocupada. Claro que, en el momento, yo tan sólo veía su rabia, la que se reflejaba en mi desesperación. Este proceso desató la furia en mi padre y la indignación en mi hermano. No tuve apoyo, en lo absoluto. Después de la clínica, me vi obligada a volver a mi casa, donde la violencia y poco entendimiento continuaban igual. Sólo fue años después que

mis padres aceptaron el hecho de que había algo a nivel químico, y decidieron buscar ayuda de verdad.

Ahora, sin ser algo puntual, mi período de colegio también lo considera como una “crisis extendida”. Durante todo el período previo a lo mencionado anteriormente, mi familia reaccionó siempre de manera agresiva. La única información a nivel familia que había era que mi abuelo materno se había suicidado (e incluso eso no lo supe hasta los 16 años). Con el día en que me suturaron el brazo, por ejemplo, mi madre reaccionó con rabia, culpando a la música que escuchaba y al uso de ropa negra. Mi padre, por su parte, reaccionó con violencia física y castigos extensos. Mi hermano no decía mucho, pero cada cierto tiempo aparecía con algún comentario agresivo.

Yo creo que lo más difícil de comprender, para cualquiera de los dos casos anteriores, fue el hecho de que no es un tema de actitud, que no es una moda, que no es una incitación de una “mala junta” y que no era un llamado de atención. Lo más difícil para ellos fue entender que efectivamente existía un desbalance químico, y que necesitaba ayuda profesional.

En cuanto a la búsqueda de información, yo diría que las principales fuentes fueron especialistas y familiares. Considerando que en mi familia hay un historial de temas de salud mental, creo que mis padres juntaron un poco las piezas entre la historia familiar de ambos.

4) ¿Cómo te sentiste anímicamente? ¿cómo crees que se sintió tu familia? ¿quién lo sintió más? ¿cómo reaccionaron? ¿se abrieron, cerraron, etc?

Es complejo. Yo me sentía rechazada, poco valorada. Sentía que era una molestia para todos, y que no merecía ser ayudada. Tenía un dolor profundo, y me sentía tremendamente sola en todo esto. No podía hablar con nadie. Nadie sabía que yo tomaba, fumaba, me hería ni sufría. Tuve que tolerar todo sola y, sumado a la violencia que presenciaba dentro del hogar, sentía que no tenía cómo mejorar. Sinceramente, yo no veía salida.

En ese momento yo sentía que mi familia sólo sentía rabia, odio e indignación. La verdad, ahora comprendo que eso que yo presentía no era más que miedo y angustia enmascarada de la única manera que sabían. Era preocupación mal expresada. La verdad, no los culpo. Para todos fue difícil porque en el fondo mi propia enfermedad era una expresión del proceso que todos debíamos vivir.

Durante años el tema fue tabú. Incluso hasta hace un par de años, no se tocaba el tema. Hoy en día ya existe una apertura distinta que va tanto por mi desarrollo personal como el proceso que cada integrante de mi familia ha tenido.

5) ¿Cuáles fueron los principales canales para obtener información sobre la bipolaridad? ¿cómo fue esta búsqueda? ¿la información era accesible, difícil de obtener? ¿algún amigo te ayudó con información?

Para mí la bipolaridad como tal fue un tema de poca información por mucho tiempo. A cierto punto, ya me costaba creerle a los psiquiatras (y me rehusaba a aceptarlo), por lo que me negué un poco a buscar información. El año 2006 aproximadamente, conocí una agrupación norteamericana llamada TWLOHA (To Write Love on Her Arms) que me ayudó tremendamente. Básicamente es una organización sin fines de lucro que busca ayudar e invertir en ayuda para personas con temas de salud mental, adicción, alcoholismo y suicidio. Conocí esta agrupación y pasó que por primera vez me sentí entendida y aceptada. Eso definitivamente me dio el pie para buscar en internet más información sobre ya la bipolaridad misma. Hasta el día de hoy, la agrupación me es de tremendo apoyo. Durante los primeros años descubrí algunos foros online que trataban temas (en su amplio aspecto) de salud mental, y poco a poco, conociendo gente que pasaba por lo mismo que yo, fui aceptando el tema, y al mismo tiempo abriéndome para aprender más sobre él.

La búsqueda de la información fue un proceso solitario. Me costó muchos años poder hablar con alguien al respecto. Principalmente me informé por internet. Encontré muchos

sitios de apoyo (hacia el área de salud mental generalizada) donde pude compartir experiencias, conversar y, por lo mismo, aprender más sobre qué me estaba pasando. De todas maneras, no es algo fácil de obtener. Es un mundo muy “oculto” y uno no puede simplemente llegar y buscar como si nada. Existe un choque entre la facilidad de la información en internet y el rechazo propio de no querer entender, de una especie de auto-rechazo.

## Temática 2: Proceso de las “Crisis anímicas”

1) Podrías describir a tu percepción cómo se desarrolla una “crisis anímica”, un “bajón anímico”, una “euforia anímica”. ¿cómo son y describir las? ¿la crisis de euforia a pesar que sean pocas, puedes describir como son estas alzas de información y energía?

Para mí, personalmente, un bajón anímico normalmente se da de la misma manera. Comienzo a tener problemas para dormir, como menos (o mucho mucho más), mi cabeza se revoluciona en pensamientos y empiezan los dolores corporales. Generalmente pasa que estoy más sensible a todo comentario, todo lo sobre-analizo, me siento inútil y poco querida y empiezo a pensar sobre hacerme daño. Esto puede pasar paulatinamente o de manera brusca. Por lo general, cuando empiezo a sentirme así también se da que no me tomo mis medicamentos con constancia, lo que sólo empeora los síntomas.

Cuando llega el momento más fuerte de una crisis, por lo general ya no estoy tomando los medicamentos que debiese, ya apenas duermo y me empiezo a sentir como desfasada con la realidad. Todo se viene encima y la angustia toma parte principal en el día a día. Mis tareas diarias quedan en el olvido (orden y limpieza de casa, cocina, trabajo), y no puedo hacer más que estar en mi casa, entre la cama y la terraza. Me peloteo entre la vida y la muerte, desde el impulso a atentar contra mi vida y la contraparte de mi lado más cuerdo. Cuando llego a ese momento, hablar con gente es un acto fútil. Pero debo decir que es extraño, porque si bien no quiero ayuda, quiero estar sola y siento que nadie me puede sacar de ahí, al mismo tiempo añoro que alguien aparezca en mi casa, me abrace y me diga que todo estará bien. No

sé, es extraño.

Históricamente, lo que pasa es que alejo a todos, terapeutas incluidos, me pongo a tomar vino o algún trago que tenga cerca y caigo en ese peloteo de vivir/morir. A modo de describirlo, puedo decir que es como estar acostada, intentando dormir, pero sin lograrlo porque mi cerebro no para. Entro en pánico y me doy vueltas, me golpeo la cabeza contra lo que tenga cerca y decido levantarme para despejarme. Salgo, fumo y digo “ya, ahora sí que sí”. Me sirvo una última copa de vino y vacío todas las cajas de pastillas. Pero ahí se mantienen, en la cama, intactas, mirando y juzgando. Acto final, boto las pastillas, pido ayuda, me hospitalizan.

Generalmente, así se ha dado. Varía, obviamente, en ciertos aspectos, pero la lógica es la misma. La lógica es la lucha interna de seguir o rendirme, de angustia desplegada en actos físicos involuntarios y un insomnio latente.

En cuanto a la euforia, sinceramente no podría describirlo muy bien, ya que para mí las crisis suelen ser más bien depresivas.

Las crisis de euforia, para mí, han sido pocas y de una duración muy corta. Es una sensación corporal muy extraña donde me siento con una cantidad de energía excesiva. Duermo poco, me muevo y hablo rápido, hago muchos planes y proyectos (que raramente termino), me dan ganas de tomar, carretear, y como que todo pareciera excesivamente bueno. He hecho un par de cosas descabelladas en una crisis, así como, por ejemplo, raparme y dejar mi cabeza completamente pelada. Ahora, lo que me pasa a mí, personalmente, es que la euforia viene como un golpe corto, e inmediatamente después caigo en una fase depresiva mayor. He escuchado que algunas personas tienen fases maníacas que les duran un buen tiempo, pero sinceramente para mí es distinto. Pero sí, básicamente es como una inyección de energía y adrenalina, un flujo de pensamientos que corre por mi cabeza incontrolablemente, y que generalmente es muy difícil de controlar.

2) ¿Cuáles crees que son algunas de las vivencias más complicadas en te ha apoyado tu fa-

milia durante una “crisis anímica”? ¿cómo la llevaron tus padres, sentimientos, sensaciones totales, emociones? ¿qué los hizo hacer “click” para la comprensión? ¿cuántas crisis tuviste en ese período, fueron diferentes?

Yo diría que la última hospitalización que tuve, este año (2016), fue una demostración clara de un cambio de percepción familiar. Me vi envuelta en una crisis como la descrita anteriormente, donde finalmente llamé a mi médico y le pedí ayuda. Mis padres estaban donde mi psicóloga. Había ido porque querían saber cómo ayudarme. Recuerdo que llamé a mi padre y él me dijo que estaba con mi madre, y que irían a buscarme para llevarme a la clínica. Me esperaron pacientemente a que ordenara mis cosas (dentro del caos mental que estaba viviendo) y me llevaron hasta allá. Lo más impresionante para mí fue que en todo el proceso de ir a buscarme, llevarme, esperar en la consulta, ingresarme e irse, siempre sentí un apoyo incondicional. La rabia, la violencia...había desaparecido. Estaban preocupados, pero no desesperados. Confiaban en que ahí estaría bien. Su tranquilidad se traspasó hacia mí, calmándome y dándome a entender que, en realidad, sí podía mejorarme. Esta fue una de las peores crisis en años, sin embargo, fue la más tranquila.

La verdad no tengo tanta claridad sobre las emociones de mis padres en ese momento. Sí sé que estaban preocupados, un poco asustados de la recaída (había estado un buen tiempo estable), pero también sé que confiaban plenamente en que iba a mejorar rápido. Es extraño, pero siento que ellos finalmente entendieron que la bipolaridad es así, cada cierto tiempo hay recaídas. Y el poder entender eso también les facilitó el manejo de una nueva crisis.

Creo que pasaron varias cosas con esa hospitalización. Mis padres hicieron un click como el que mencioné recién, donde al entender que es parte de la bipolaridad, no intentaron luchar en contra de la corriente, no hubo rabia ni nada, sólo compañía. Pero creo que ese click funcionó a muchos niveles. Creo que el click para ellos fue un punto decisivo donde se dieron cuenta que pelear entre ellos (están divorciados), culparse entre ellos y regañarme por recaer, tan sólo empeoraba la situación. En el fondo, el click fue decir “hey, ¿y si no nadamos más en contra de la corriente?”. En ese momento entendieron y aceptaron que era un tema netamente químico.

### Temática 3: Proceso de “contención” de una “crisis eufórica” / “bajón anímico”

1) ¿Cuál crees que es la mejor forma de contener una “crisis anímica”, un “bajón anímico”, o una “euforia anímica”, ¿cree que existan “tipos de contención” (puede mencionar alguna)? ¿cuán difícil es que tu familia te apoye en esos momentos? ¿permities el acercamiento? ¿cuán efectivo es ese acercamiento? ¿logran acercarse? ¿qué persona es ese pilar más fuerte y por qué?

Yo creo que la mejor manera de contener cualquier tipo de crisis siempre va a ser la compañía. En momentos como una crisis de euforia o depresiva, es muy difícil comprender qué le está pasando a esa persona, y ese es el primer error que la gente comete. No es necesario comprender, tan sólo acompañar. Especialmente para los padres, es prácticamente imposible entender al 100% qué siente su hijo/a, pero sinceramente creo que la mejor terapia, a nivel familiar, es la compañía. En el fondo, el estar ahí para tu hijo independiente de qué haya pasado, le transmite una calma. Le transmite un “no estoy enojado”. Un “sólo estoy preocupado, te quiero ver bien”. Parte importante de los miedos de las personas jóvenes a hablar sobre su bipolaridad va en que la familia y los pares lo rechacen. Muchas veces, incluso, los niños no hablan con sus padres sobre lo que les pasa por temor al reto, al castigo. Un poco como lo hice yo. Pero qué pasa, que si mis padres (tomándome como ejemplo) me hubieran dicho “está bien, no pasa nada” en vez de “es toda tu culpa”, probablemente el panorama hubiera sido otro.

Una vez leí un artículo donde una madre hablaba sobre el descubrir que su hija se autoinflingía heridas. Lo describía de una manera simple, y a la vez compleja. Básicamente explicaba que entraba a la pieza de su hija y la “pillaba” cortándose. ¿Qué hizo? Entró, le quitó el filo de la mano y, mientras su hija lloraba desconsoladamente, ella sólo la abrazó. La abrazó y le dijo que no se preocupara, que ya pasaría. La abrazó, y le transmitió su confianza. Esa, a mi parecer, es la mejor “técnica de contención” que pueda existir. Como dije, no es necesario

entender, sólo acompañar.

Yo creo que, para todos, el pilar es distinto. En el fondo el pilar es, básicamente, con quien exista más confianza. Para mí, mi pilar fundamental no era un integrante de mi familia, sino una persona externa. Creo que el rol de “padre” y “madre” en un caso como este, lo puede adoptar cualquier persona. Y sí, yo diría que es efectivo. En mi caso, por ejemplo, mi pilar externo fue alguien quien, a pesar de mis actos y locuras, se mantuvo a mi lado. Alguien quien me acompañaba en las plazas cuando salía corriendo de mi casa, alguien que me decía que sí se podía. Alguien que creía en mí, cuando yo menos lo hacía. Entonces, si bien no directamente de un familiar, sí creo que ese tipo de apoyo sirve. Mucho. Y finalmente para mí ese pilar fue fundamental para poder, posteriormente, acercarme a mi familia a pedir ayuda.

2) ¿Qué medidas (o herramientas) crees que ha desarrollado tu familia en los momentos más complicados?, y también ¿qué medidas precautorias se han tomado para ayudar en los síntomas de inicio de una “crisis anímica”? ¿tu familia ha aplicado herramientas informativas? ¿qué otras herramientas informativas y emocionales tienen?

Yo diría que principalmente, en mi familia, se ha generado un ambiente de confianza y respeto, lo cual es primordial. Esto se demuestra en que cuando hay síntomas de inicio de una crisis, ya no toman una postura defensiva y de ataque, sino más bien se abren a ayudarme como puedan hacerlo. Así, yo también siento la confianza para poder hablar con ellos y decirles que no estoy bien, sin repercusiones negativas de por medio. Cada uno ayuda de la manera en que más puede, pero yo diría que lo más importante es eso, la confianza mutua y la disposición a ayudar.

Yo creo que, en cuanto a herramientas informativas, el mayor paso de mi familia ha sido el aceptar y abrirse a entender. Creo que como familia no lo hemos conversado nunca. Yo no sé cómo se informaron de la bipolaridad, y siento que su única herramienta ha sido (últimamente) un apoyo incondicional. Somos una familia poco tradicional, en ciertos aspectos, y eso significa que en el fondo no son de ir directamente donde mí para ofrecer ayudas (con herramientas), sino más bien están ahí, sin mencionar, apoyando. (¿Hace sentido?!). Debo

decir, también, que, desde el divorcio de mis padres, cada uno adoptó una creencia muy espiritual, budista y meditativa de la vida. Eso también ayudó mucho en su enfoque de todo esto.

3) ¿Cuál crees que podrían ser los síntomas principales que presenta una “crisis anímica” a modo interno emocional y físico tuyo y como se percibe desde afuera? ¿cómo es percibido por la familia? ¿cómo reaccionan tus compañeros de trabajo, son comprensivos, les has contado algo de la enfermedad? ¿cómo logras llevarlo con gente desconocida? ¿tus familiares han tomado medidas precautorias al respecto?

Emocional e internamente, todo comienza en los pensamientos. Por ejemplo, en el trabajo. Me obsesiono con la idea de que me van a echar, que lo estoy haciendo todo mal. Me tiendo a sentir observada y criticada por todos. Esto desencadena un sobre análisis de todo lo que me rodea y todo lo que pasa, digo, hago, etc. Desde ahí surge la angustia de la no-pertenencia en un mundo como el que me rodea. A eso se le agrega el insomnio, dolor de estómago, la ansiedad y una visión errada y negativa de mí misma. Esto se acompaña, por lo general, por tic nerviosos, sintomatología de problemas nerviosos, temblores y una sensación de estar desfasada de la realidad.

Mi familia lo percibe más que nada por mi ánimo de salir, por la falta de humor y por una inminente sobre-reacción a todo lo que dicen. Ellos lo notan más que nada en lo que hago y digo, y el cómo me relaciono con el resto. Por ejemplo, yo veo mucho a mi familia ahora que vivo sola, pero mi padre en especial se preocupa cuando ya no tengo ganas de ir a su casa, de salir a comer, de hablar o de hacer cualquier tipo de actividad aparte de estar acostada en mi cama.

De mis compañeros de trabajo...algunos saben, pero pocos. No por un miedo a contarles, sino realmente no ha salido el tema y tampoco voy a estar contando porque sí. Pero no tendría problema en decirles. Fueron muy comprensivos cuando estuve fuera del trabajo un mes por la hospitalización, me recibieron bien de vuelta, sin preguntar ni dudar. Así que, en ese aspecto, bien.

Con desconocidos la verdad, no tengo problema en decirlo. De verdad siento que he hecho un proceso muy largo y bueno, y estoy en un momento en que, si puedo ayudar a alguien quien sufre como yo sufrí, yo feliz de compartir mi experiencia. Es un tema que ya no es tema. Y, entre más lo converso, menos doloroso se hace. A eso también le otorgo créditos a la terapia.

Mis familiares sólo toman “medidas de precaución” del tipo de llamarme, saber de mí y, si no sueno bien, ofrecer apoyo, conversación y extender la confianza. Sí se aseguran que me esté tomando los medicamentos, y si lo estiman necesario, me vienen a ayudar a la casa.

4) ¿cuáles son los temas más complicados de la bipolaridad a tu percepción interna? Y para tus familiares, amigos, etc?

Yo creo que el tema más complicado siempre va a ser el suicidio. Son esas cosas que cuesta mencionar. Es un tema que ha rondado en mi familia por generaciones, y es, para mí, uno muy sensible. Para mis familiares y amigos yo diría que lo mismo. El tema del suicidio siempre es complejo.

5) ¿Qué medidas tomas para sobrellevar cada crisis cuando te ocurren?

Depende. Si estoy empezando a sentirme mal, pido hora al psiquiatra, reviso que me esté tomando toso los medicamentos, aumento terapia psicológica y hablo con mi familia para que me ayuden. Si ya estoy “metida en eso”, es muy difícil que yo pida ayuda hasta que llego al punto más bajo.

6) ¿cuánto influyen los remedios? ¿cómo es el período de acostumbramiento? ¿cuáles has tomado y para qué crees que sirven cada uno? ¿te lo?

Uff, remedios. Desde la primera vez que me medicaron hasta ahora, he pasado por alrededor de 25 tipos de remedios distintos. Como mencioné anteriormente, en un comienzo no sabían qué tenía, entonces me medicaban con cualquier cosa. He pasado por

muchos efectos secundarios de todo tipo, problemas de salud por los remedios y muchos altos y bajos. Un año, inclusive, me recetaron un remedio que se vendía por 1 semana solamente, y que requería de un examen de sangre para aprobar la venta del fármaco (examen de sangre semanal). Pasé, también, por medicamentos traídos de afuera. Nada parecía funcionar. Finalmente, ahora, desde este año más o menos (2016) estoy con Litio y uno que es mitad olanzapina y mitad fluoxetina. Con eso me mantengo estable, claro que para mí es igual de importante lo químico que la terapia psicológica.

#### Temática 4: Informarse sobre la enfermedad

1) ¿Cuánto crees que sabía tu familia en comienzo sobre la enfermedad? ¿cómo y qué escucharon para informarse (fue de familiares cercanos, internet, amigos, especialistas, etc)? ¿cómo lo percibes tú? ¿cómo se gatilló esta búsqueda de información?

Al comienzo yo diría que no sabían nada al respecto. Yo sé que mi madre escuchaba a los especialistas e indagaba en sus parientes sobre el tema del suicidio de mi abuelo. Creo que con el tiempo fueron aceptando que era un tema químico, y sólo al momento de aceptarlo decidieron indagar al respecto. Pero sinceramente, no sé más sobre eso, ya que nunca lo hemos conversado.

Yo creo que, nuevamente, una vez que entendieron (de a poco) que era un tema químico, y no de actitud, decidieron informarse. Ahora, costó tiempo. Mi padre toda la vida fue de las personas que no creía en la terapia, en los remedios o en los temas de salud mental. Entonces costó.

2) ¿Cómo te imaginarías una guía para mostrar contenido informativo sobre la enfermedad? ¿qué características debe tener?

Yo creo que una guía debe tener como foco principal el tema del apoyo. Como mencioné

anteriormente, yo creo firmemente en que la compañía familiar es primordial. Siento que sería importante poder decirle a padres y tutores que no tienen que entenderlo todo, que no todo recae en ellos, pero que sí pueden hacer un gran cambio en la vida de la persona si tan sólo están ahí, presentes. En apoyo físico y psicológico, creando vínculos de confianza. Yo siento que la confianza es lo más importante en todo esto. Muchas veces quienes tenemos bipolaridad tenemos hablar por la represalia. Yo diría que se elimine eso. La confianza es la base de todo. Y, bueno, claro, el amor.

Una guía para esto creo que debería tener dos focos: la teoría psiquiátrica y la práctica familiar. La teoría psiquiátrica es muy importante porque, finalmente, es necesario saber qué está pasando. Muchas personas (como mi padre, por ejemplo) no creen en la terapia ni en los medicamentos, y creo que es fundamental que comprendan la importancia de éstos. La práctica familiar, bueno, ya la mencioné. Es el foco de compañía desde el cariño y una preocupación real.

En el fondo, una guía ideal no sólo presentaría la teoría y la práctica para padres y tutores, sino también un espacio de entendimiento para quienes tienen un trastorno bipolar. Un espacio donde sepan que no están solo. Un lugar seguro, tal vez incluso técnicas para abordar el tema, desde ambos lados (padre a hijo, hijo a padre).

4) ¿qué contenidos o temáticas específicas crees que debe tener la guía a modo de ítems, tips, información adaptable a caso general y particular? (más profundo que la pregunta anterior).

Yo creo que sería importante tener varias secciones. Siento que sería bueno hacer una guía para padres tanto como una guía para quienes tienen un trastorno bipolar. En la guía de padres pondría información concisa de la parte teórica, pero también el cómo abordar la bipolaridad de su hijo/a. En la sección dirigida a personas con trastorno bipolar sería importante hacerlo con un formato de apoyo. Más que guía (quién mejor que un bipolar sabe lo que siente), un espacio donde puedan sentirse entendidos, aceptados. Que sientan que no están solos. Tal vez experiencia de otra persona, tal vez un poco de teoría (para quienes aún

no lo tienen definido) y eso acompañado de un “está bien”. Pensando en que, finalmente, muchas personas tienen bipolaridad y viven una vida completamente normal. Al comienzo es difícil, pero creo que sería importante recalcar que sí se puede.

Haría, también, una sección dedicada a consejos. Y por consejos me refiero a distintas cosas, por ejemplo, ideas de cómo abordar la temática con los padres, qué hacer en caso de angustia, en caso de insomnio, en caso de pena, etc. Algo así creo que sería súper útil.

Yo creo que, finalmente, lo más importante en todo esto es incluir la experiencia de la gente en un algo así. Siento que una guía que sólo se apega a la teoría no sería tan práctica, ya que para eso está la información de internet. Sí creo que es necesaria la teoría, pero siento que se debe mezclar con experiencias y un toque de liviandad. El que deje de ser tabú comienza con nosotros mismos.

5) ¿Sabes las clases de tipos de trastorno Bipolar que existen? ¿cuán profundo conoces las diferencias y cómo son cada una? ¿te los han explicado? ¿quién fue y qué te dijo? ¿si no lo sabes, cuán importante crees que es esta información y por qué? ¿esta información la manejan tus familiares?

La verdad, no sé diferenciar entre un tipo y otro. Nunca me lo han explicado y, siendo sincera, tampoco nunca pregunté al respecto. Creo que sí es una información importante en cierta manera, ya que te ayuda a entender mejor tus ciclos, a prevenir y a tratar de manera más efectiva. Por otro lado, siento que el clasificar en “tipos de bipolaridad” aporta de manera negativa al encasillamiento de las personas. Mis familiares tampoco saben, pero, personalmente, ya conozco mi ciclo (llevo años descubriéndolo), y no siento que sea tan necesario ponerle nombre. Como dije, sí creo que es relevante hasta cierto punto para personas que recién están comenzando con síntomas.

Temática 5: Tiempos de la enfermedad

1) Podrías mencionar en cuanto tiempo puede desarrollarse un “bajón anímico”, alguna “crisis anímica” y ¿en cuánto tiempo puede “ser contenida” esta situación? Y ¿cómo la familia reacciona en un tiempo aproximado?

Yo diría que para cada persona es distinto. En mi caso ha durado mucho tiempo (meses), como también ha durado semanas. Creo que es algo muy difícil de definir en cuanto a tiempo, ya que depende tanto de la persona como la situación actual. Y por “la situación actual” me refiero básicamente a factores externos. Trabajo, clases, casa, amigos, etc. Si bien un “bajón anímico” es un desbalance químico, y por ende tiene “vida” propia, la magnitud de éste depende también de todo lo externo. Creo que es muy difícil de definir por lo mismo.

2) En ¿cuántos años o meses demoró el diagnóstico la enfermedad? ¿a qué edad te la encontraron?

La verdad y, como mencioné anteriormente, a mí me diagnosticaron cosas distintas, peloteando entre uno y otro por años. Creo que cuando se definió completamente fue a los 21 (2011). Ahí de frentón me dijeron que tenía bipolaridad y empecé un tratamiento de acuerdo a eso.

3) ¿Cuánto tiempo se mantiene una crisis anímica? ¿cómo lo percibes tú? ¿cómo ayuda la familia en este proceso?

Creo que esto es difícil de definir también. Hay muchos factores externos que entran en juego durante cada crisis. Yo diría que normalmente dura unas semanas, aunque también puede ser menos. Lo que pasa es que depende de qué se defina por crisis. Si es desde el comienzo, desde que se empieza a “gestar”, claro, pueden ser semanas. Sin embargo, si hablamos de la crisis misma, cuando todo llega a su punto culmine, eso ya es menos. En cuestión de días se derrumba todo.

Yo creo que la familia puede ser de gran ayuda al intervenir en el proceso de la “gestación”. Si un familiar capta problemas, puede ofrecer ayuda, apoyo, conversación e incentivar a la

persona a volver a los medicamentos o visitar a su psiquiatra. Una vez que la crisis ya entra en una fase más potente, creo que los familiares, si presienten riesgo, deben hospitalizar. Sí, la persona tendrá una rabia muy grande, pero siempre es mejor una rabia pasajera que un mal final.

#### Temática 6: Roles y familia

1) ¿Cuan importante es tu familia para la contención de su familiar en momentos de “bajones anímicos” y “crisis anímicas”? ¿pueden contenerte? ¿cómo lo hacen, y cuánto tiempo se demoran?

Mi familia es muy importante en el proceso de contención, ya que (ahora) son una fuente de apoyo incondicional. Mi padre, por ejemplo, no es tan de dirigir el tema directamente, pero sí busca hacerme reír, recapitular, salir de mi estado de depresión y ayudarme con técnicas de respiración. Mi madre es alguien con quien puedo tocar el tema de manera más directa. Ella es más de contención directa, vale decir, viene a mi casa, se queda a dormir, me acompaña y me “regalona”.

2) ¿Cuáles cree que son los roles más fundamentales ( de tus padres, ud., de tus amigos)? ¿y por qué?

Papá: Yo diría que el rol más fundamental es el entregar alternativas (médicas, de terapia, de meditación o yoga) para que yo pueda salir de esto. Sí me da mucho apoyo para yo poder ver las cosas de otra manera. Intentan alivianar la situación para que se me haga más fácil salir.

Mamá: Mi madre en este caso (y como mencioné anteriormente) es de un afecto más de piel. Aborda el tema de manera más directa, pero también busca la distracción. Me visita, me

ayuda con tareas de casa cuando mi depresión es tal que no limpio, ordeno mi cocino, y me acompaña en presencia.

Hermanos: Mi hermano cumple un rol extraño. Es la persona que está para lo que necesite, que me viene a buscar cuando estoy mal, me acompaña, me saca a comer y me apoya. Pero al mismo tiempo, es el único que aún mantiene esa actitud a ratos violenta y agresiva. No físicamente, pero tiene una postura y un tono de voz que es complejo. Él no entiende muy bien cómo funciona todo esto, sin embargo (mientras que no hablemos mucho del tema), me acompaña siempre.

Amigos: Mis amigos cumplen un rol de compañía, más que nada. He perdido amigos en el camino por la bipolaridad, y algunos que aún permanecen no se sienten cómodos con hablar mucho del tema. Es complejo, pero diría que el rol principal es la contención, distracción y acompañamiento (presencial).

3) ¿Cuánto ha influido la enfermedad de forma directa o indirecta en las relaciones familiares? ¿podrías describir este proceso en detalle? ¿cómo se han visto afectadas? ¿cambio de rutinas?

Mi enfermedad ha influido de manera tremenda y directa en las relaciones familiares. Con un pasado complejo y sin el apoyo de mis padres, pasé años luchando contra lo que me pasaba. Hace unos años, mis padres se divorciaron (en muy malos términos) y, hasta ese punto, muchos de los problemas familiares culpaban a mi enfermedad. Cuando mi padre se fue de la casa (entre mi hermano, mi madre y yo lo echamos), yo caí en una fase depresiva complicada. Mi madre hablaba basura de mi padre, mi padre me llamaba y yo no contestaba, etc. Se dieron muchas peleas entremedio, peleas fuertes, pero finalmente, tiempo después le di la oportunidad a mi padre de demostrar que había cambiado. Menciono esto porque desde ahí en adelante se generó una instancia donde, poco a poco, mi enfermedad era menos culpable, y cada integrante se enfrentó a sus propios demonios y errores. Este año, por primera vez en años, mis padres dejaron de pelear, se juntaron a conversar y decidieron hacer “tregua”. Esto



todo pasó a raíz de mi última hospitalización. Como dijo mi padre “no tiene sentido seguir peleando”. Mi enfermedad fue primero foco de culpa, pero lentamente les fue enseñando a cada uno que lo primero era asumir sus propios errores, para poder resolver y rehacer. ¿Ahora? Las relaciones en la familia están mejor que incluso cuando vivíamos todos juntos. Así que sí, mi enfermedad ha afectado de manera directa las relaciones familiares, porque les ayudó a todos a enfrentarse a sí mismos.

4) Con las primeras crisis hasta ahora, en ambos procesos ¿qué cambios ha habido en la cotidianidad? ¿qué tipo de problemas familiares? ¿terapia?

Cada año las crisis se distancian más. En el camino pasé por muchas terapias, pero sentía que no me servía. En parte por la terapeuta, y en parte por mi disposición. Ahora, hace un poco más de un año, estoy en una terapia que me ha servido tremendamente, porque me ha enseñado a mirarme, a aceptarme y a trabajar lo que me pasa con un cariño propio que es necesario.

4) ¿has perdido amigos durante este proceso? ¿puedes contarme porqué puede suceder un alejamiento? ¿cuán es su nivel de empatía y comprensión?

Sí, claro. Pero yo me arriesgaría a decir que los amigos que perdí, que realmente perdí, en el camino no fueron por la bipolaridad misma. Yo creo que lo que más aleja no es necesariamente una “discriminación” del hecho de ser bipolar, sino un problema que tiene raíz en nuestro comportamiento en fases depresivas. Pasa que, por lo menos a mí, cuando estoy muy deprimida, muy sensible y muy cansada, tiendo a sobre analizar todo, tiendo a sentir que no me quieren, que un “ok” significa que me odian, etc. Eso lleva finalmente a una insistencia en el otro, o a una repuesta “cargada”, que puede llegar a romper vínculos.

5) ¿cuán importante es tu red de contactos y familiares para la contención? ¿puedes recurrir a ellos en las crisis? ¿cuán profundo es el apoyo?

Mi red es tremendamente importante. Y de varias maneras. Si yo no me sintiera querida,

apreciada, entendida e importante para nadie en la vida, sería todo más complejo. Muchas veces pienso que no importo, pero en el fondo sé que no es así. Esa red es la más importante, porque tengo un par de amigos a quienes puedo llamar en crisis, y que están dispuestos a hacer lo que sea por acompañarme (y lo han hecho).

#### Temática 7: Terapia

1) En el proceso ¿por cuántas terapias distintas has pasado? ¿puedes mencionar y describir cuales son? ¿cómo son? ¿cuáles han sido las más eficaces?

Desde que comencé, diría que he pasado por unas 4 o 5 psicólogas hasta llegar donde estoy. Recuerdo que la primera psicóloga que vi era buena. Era buena y yo confiaba en ella (como no lo volví a hacer por un buen tiempo). Lamentablemente se fue a vivir fuera del país y no la vi más. Después de eso pasé por unos intentos fallidos de terapia que no hacían más que enojarme. La penúltima terapeuta que tuve fue una compañía muy grande en procesos complejos, sin embargo, sentía que no avanzaba nada con ella, que era casi como ir a hablar con una amiga y tomar té. Finalmente llegué donde estoy, en terapia con una psicoanalista, y sinceramente me ha cambiado la vida. Me empoderé con mis propias capacidades y, junto con sentirme acompañada, he ido trabajando muchos temas que no tienen que ver con la enfermedad propiamente tal, pero que sí van muy de la mano.

2) ¿cuál es el rol que desempeñan tus especialistas a cargo? ¿cuánto tiempo te ves con ellos? ¿cómo te ayudan, cuáles son sus roles? ¿qué recomendaciones le darías a alguien que inicia la terapia en la etapa de una crisis primera?

Yo voy una vez por semana, en tiempos de crisis, dos. Si alguien está iniciando terapia, en etapa de crisis, creo que sería importante que sepan que el primer terapeuta que vean puede ser muy bueno, como puede ser regular. PERO, que eso está bien. Uno va adquiriendo experiencia dependiendo de lo que necesite en el momento, y más que nada, le diría que no tiren la toalla si la primera vez en terapia no resulta como quería, además de enfatizar la idea

de que, si no hay “feeling” con el terapeuta, será todo más complejo. Sólo quien va a terapia tiene que sentirse cómodo, independiente de lo que digan los padres.

3) ¿Cómo tus padres te han apoyado en este proceso? ¿son altos los costos? ¿podrías mencionarme algunos a nivel promedio?

Pucha, la verdad, han sido un apoyo tremendo en cuando a lo financiero. No he sacado cuentas, ni planeo hacerlo, pero con 12 hospitalizaciones, 13 terapias de electroshock, 20+ remedios y muchos distintos terapeutas, diría que ha sido mucho (demasiado). Actualmente los costos son tremendos. Entre psiquiatra, psicóloga y remedios gasto aproximadamente 350.000 mensual. Y en ese sentido me siento tremendamente agradecida de tener padres que han podido financiarlo, porque sinceramente en Chile el ámbito psiquiátrico es caro, y no siempre bueno.

4) ¿que consideraciones crees que tiene un buen especialista?

Yo creo que uno de los principales aspectos es la energía que transmiten. Uno, al entrar en consulta nueva, sabe al tiro si está ahí como un número, como un ingreso más o porque realmente quieren ayudar. Es importante sentir una conexión con el terapeuta y también uno estar dispuesto a entregarse, de cierta manera. Un buen especialista para mí, no intenta cambiarte, “arreglarte” ni mucho menos solucionar tu vida. Un buen especialista está ahí para hacerte notar lo que tú ya sabes, para traerlo adelante, darte herramientas para tú mismo solucionar los temas y acompañarte mientras lo haces. La confianza es primordial.

5) ¿has pasado por varios especialistas? ¿de que especialidades eran? ¿puedes describir el proceso de encontrar buenos especialistas y el proceso de mejorar la enfermedad con ellos?

(No me acuerdo de qué especialidades tenían :(

### Entrevista Personal 2: Violeta Ortiz Abuela de paciente con TAB I

Nombre: Violeta Ortiz (nombre ficticio por petición de la entrevistada)  
Especialidad: Abuela de Camilo

Día: Sábado 13 de Agosto del 2016

Lugar: Casa particular comuna de Pedro Aguirre Cerda

Duración: 1 hora 43 minutos

Entrevista a Violeta Ortiz, Abuela de Camilo, paciente con TAB I presente en charlas psico-educativas de Susana Rodríguez:

Francisca Moreno: Bueno ahora iniciamos entrevista con la señora Violeta, abuela de Camilo para que nos cuente su experiencia que será utilizada como registro e información para el proyecto de diseño sobre material Psicoeducativo sobre trastorno bipolar. ¿Le parece si iniciamos?...

Violeta Ortiz: Si mijita, parta no más...

Francisca Moreno: Gracias. Me gustaría preguntarle inicialmente, ¿cómo sospecharon de la enfermedad de Camilo?, ¿qué características se vieron en comienzo?.

Violeta Ortiz: El empezó a demostrar cómo... un amor diferente, una cosa de Dios, yo me acuerdo que miraba al Santo Padre ahí que tengo en la pieza, y nos tomó... estaba muy frío,

frío frío, él lloro, lloro y dijo que nos teníamos que querer mucho, con mi marido, nos decía quiéranse como, quiéranse y mi marido me dijo... sabes que está extraño Camilo, y sí, estaba extraño, le dije que no está igual que siempre...

Francisca Moreno: ¿me da segundo voy a subir el volumen para grabar?...(acomoda el teléfono más cerca para que se grabe mejor y se ajusta el volumen)...

Violeta Ortiz: Y de ahí, me dijo el Papá, lo vamos a llevar, algo tiene, y de ahí se lo llevo al médico para saber que tenía, y lo encontraron extraño y ahí dijeron que parecía que era una bipolaridad...

Francisca Moreno: Pero... ¿eso fue de una semana para otra?

Violeta Ortiz: Sí...

Francisca Moreno: ¿O en una fecha específica?

Violeta Ortiz: Sí... fue cuando...mami, es que está haciendo un trabajo y una entrevista de estudio.

Interrupción: Aparece bisabuela de Camilo, preguntando y saludando, dice permiso y desea ponerle agua el termo eléctrico en la cocina donde se realiza la entrevista, esto se mantiene por 5 minutos hasta que entra Camilo. La bisabuela de Camilo sale por la puerta de la cocina.

Francisca Moreno: Se continúa entrevista.

Violeta Ortiz: ¿Camilo te vas a quedar?

Camilo: Sí mejor...

Abuela: (ríe y después se va poniendo más seria) Ahí recuerdo que se lo llevaron a un psicólogo, y él dijo que podía ser bipolaridad...

Camilo: Pero era psiquiatra abuela.

Violeta Ortiz: ¿Ah?, ¿era psicólogo o psiquiatra?

Camilo: Psiquiatra...

Violeta Ortiz: Bueno de ahí, después tuviste otro doctor, por harto tiempo, él iba dar la PSU...

Camilo: Abuela estamos hablando la primera crisis, todavía...

Violeta Ortiz: Septiembre era...

Camilo: No, estaba en tercero medio...

Violeta Ortiz: ¿Sí?

Francisca Moreno: ¿Cómo fue la primera crisis?

Camilo: La primera crisis, fue en tercero medio...

Violeta Ortiz: Ah, yo pensé que fue en cuarto medio...

Camilo: Fue en tercero medio, yo me acuerdo que me pasaron varias cosas, que fueron como que me tocaron, andaba con una chiquilla, y me leí un libro filosofía, me lo tome muy en serio, y estaba tratando de cambiar mi forma de ser, ¿y qué más?, y me pasaron cosas, iba a tocar en el colegio, y cosas así, fueron cosas muy fuertes, y, derrepente como que, hubo algo, la primera cuestión que me pasó, fue que me puse llorar, y fui al metro con un amigo,

¿y como se llama?, me dijo algo, algo pesado y yo me lo tomé muy en serio, y me puse llorar, y se desencadenó todo, ahí empecé a hacer cosas, a decir cosas aparentemente sin sentido y cosas así, llame a la mamá de un compañero para decirle que me perdonara por una cosa que le había dicho, y lloré y pensar en varias cosas, como si algo se fuera a acabar y pensé, no se varias cosas, sigo con eso, y...

Violeta Ortiz: Yo me acuerdo cuando lloraste aquí, eso yo lo he dicho...

Camilo: Sí, pero...

Violeta Ortiz: Es que...

Camilo: Es que tuve un síntoma muy extraño, que fue, que fue después de dar la audición para una tocata, estaba con Orlando, un amigo y el checo, otro amigo, y en esa cuestión me puse muy nervioso, por el tema de tocar en público, y me acuerdo que estaba tan nervioso que toque tan fuerte que me sangró el dedo incluso, por la presión, fue algo muy raro, porque cante, y hace tiempo que no cantaba, después comimos, después fuimos al metro y yo hablaba cosas con mis amigos, pero no se entendía...

Francisca Moreno: ¿Cosas incoherentes?...

Camilo: No, pero era algo así como, no era del lenguaje, eran como fonemas raros como cuando no se entiende, balbuceos, y me entendía con ellos, como que me entendía con ellos, estaba conversando, pero yo no sentía que estaba diciendo las palabras, después llegué a la casa y como que todo era rápido, todo rápido, todo rápido...

Francisca Moreno: ¿Aceleraciones?...

Camilo: Era como aceleramiento del tiempo, una cuestión muy rara, y fue en ese momento cuando, eso fue como lo que me cambio cerebro, eso fue lo que rebasó el vaso, y bueno, después hice muchas cosas, quería hacer muchas cosas, pensé muchas cosas, y me tomé

tiempo en recuperar mi cordura y toda la cuestión, mucho tiempo...

Violeta Ortiz: Y el tema del horario, ¿se levantaba a la una de la mañana se ponía el uniforme y me decía que iba a ir a clases!...

Camilo: Sí, no, si pensaba cosas así,

Violeta Ortiz: Pero...

Camilo: Empecé a pensar cosas...

Violeta Ortiz: Ahí estaba con la mamá eso sí...

Francisca Moreno: Pero en ese punto...¿cómo usted lo observó?, ¿qué otros tipos de síntomas veía con la crisis?...

Violeta Ortiz: ¿De ese tipo?, lo principal era que lloraba, que sentía una angustia muy grande, mucha angustia...

Camilo: Es que eran, como delirios paranoicos, de que me iba morir, o pensaba que no sé, pensaba que, era el elegido y pensaba que, era como la matrix, y todos serán falsos y yo era el único verdadero, y cuestiones así, y me acuerdo que después me pusieron a una psiquiatra, y empecé a tomar remedios, yo no sabía lo que era, o cómo eran los psiquiatras los psicólogos, no entendía muy bien la cosa, así que le contaba la psiquiatra, pero en realidad, no tenía conciencia de que yo era bipolar, no sabía que me iba venir otra crisis, me costó mucho tiempo ya que me aferraron en la casa, me encerraron en la casa, no voy a salir, no podía hacer nada, me perseguían, una vez me persiguieron, cuando fui hacer algo, entonces eso me traumatizó mucho, estuve mucho tiempo, hasta que ya en cuarto medio, empecé a hacer más cosas, empecé a salir más, empecé a tocar con mi banda, empezamos a tocar en varias partes, ahí me abrió un poco, y estuve super bien hasta que me dio otra crisis, que lo que más me recuerdo de la segunda crisis fue que...

Violeta Ortiz: Antes de empezar universidad...

Camilo: Sí, antes de empezar la universidad, había ido a la playa, en el Quisco, recuerdo haberme puesto llorar, y me acuerdo de que pensaba que alguien iba morir, cosas así, y pensaba que el universo...

Violeta Ortiz: Ahí lo fue a buscar el Papá...

Camilo: Me fue a buscar mi papá y ahí me internaron, pero no me acuerdo qué más hice en ese momento...

Violeta Ortiz: Yo lo único que pedí es que por favor no lo dejaran allá, no en el psiquiátrico, lo llevaron para allá, y lo dejaron allá...

Camilo: Mira mi experiencia fue que estaba dopado todo el día, no me acuerdo de nada, lo único que me acuerdo es que me robaron una polera, comida, y conocí un amigo que después me dio el nombre y logré por Facebook agregarlo y después fuimos amigos y toda la cuestión, eso...

Francisca Moreno: Tengo una pregunta, ¿cómo se dieron cuenta de que era bipolaridad y no un tipo de depresión General?, ya quiera veces pasa que se confunden.

Violeta Ortiz: Es difícil...

Camilo: Lo que pasa es que los síntomas eran súper...emm... eran síntomas más de locura, que se le asocia a la euforia y eso, eso tiene que ver más con la esquizofrenia, la furia que la depresión, yo no sabía lo que era depresión, yo sabía lo que eran cambios de ánimo, yo era una persona normal hasta que me pasó eso, nunca tuve nada hasta que me pasó eso...

Francisca Moreno: Mmm ... pero ¿cómo terminó la psiquiatra diagnosticando bipolari-

dad?, ¿fueron cosas puntuales?

Violeta Ortiz: Es que ahí estuvo en la clínica, y ahí lo fueron viendo...

Francisca Moreno: Ah ... ¿fue un proceso entonces?

Violeta Ortiz: Sí...

Francisca Moreno: ¿Cuántos meses fueron más o menos?

Violeta Ortiz: ¡No!, Joaquín estuvo unos cuantos días, dos semanas, la primera vez...

Camilo: No, fueron aproximadamente la primera vez dos semanas...

Violeta Ortiz: La última fueron 12 días me acuerdo, porque el ha estado más o menos varias veces en clínica, el resto del tiempo el ha estado aquí, en la cárcel (abuela menciona en la casa y se ríe)...

Francisca Moreno: A la casa ( risas)

Violeta Ortiz: Pero yo prefiero que esté aquí y cuidarlo yo, no me gusta que esté allá, porque es peor...

Francisca Moreno: ¿y como lo cuida en ese aspecto?

Violeta Ortiz: ¿Aquí?.

Francisca Moreno: Sí, lo digo por el tema de que los síntomas son...

Violeta Ortiz: Bueno yo cierro acá la casa con llave, no tengo ahora las llaves de la cocina porque mi mami se ha sumado y ese es otro tema...es que él se levantaba en la noche, estaba

asustado en la noche, así que él me iba buscar, se acostaba con nosotros también, porque le daba miedo, o quiere ir a comprar a las tres de la mañana completos y le decía que a esta hora está cerrado, y con el tata lo convencíamos...

Camilo: Mira yo creo que, igual ha ido decreciendo en hartas cosas, lo que me pasó el año pasado, la última crisis fuerte, fue que iba comprar, y me dió, por quererme ir a vivir a la calle, y me obsesione con esa cosa, y me arranqué, y me fui, también andaba transmitiendo muchas cosas, transmitir ideas, pensamientos...

Violeta Ortiz: Y también hablabas de música, todo el tiempo...

Camilo: Sí se, pero eso es otro tema, transmitiendo cosas, como que el mundo iba cambiar de un día para otro, y pensaba que yo era muy especial, pensaba cosas así...

Violeta Ortiz: Si lo único que el año pasado, él se arrancó una vez, en la noche, estuvo todo un día afuera, vivió una vida diferente, con gente de la noche, incluso dijo que alguien había robado un pollo o algo así...

Camilo: Y me encontré con un...

Violeta Ortiz: Alguien que robo...

Camilo: Un ladrón que se había robado una impresora, y se robó unos pollos, es heavy lo que pasa en la noche en la calle, y me dió un pedazo, y yo estaba perdido, y él pensaba que yo era gay, pero yo en general soy pavo, y él era choro, y entonces yo le hablaba cosas, al final le dije que no era gay, y el tipo se dió cuenta de que yo parecía pitiado y se fue, y yo camine un poco y un gay me intentó saltar, me quería agarrar, y yo le dije sabes que no soy gay, y él dijo ya chao...esa cosa fue muy fuerte...

Violeta Ortiz: Y pasó todo el día y la otra noche ahí en Ahumada...

Camilo: Tomé un taxi...

Violeta Ortiz: Y sabes, pasaron dos taxistas, el primero se lo llevo y él le pago con el teléfono...

Francisca Moreno: ¿Y le entregó el celular?.

Camilo: Sí lo entregué, le regalé mi teléfono...

Violeta Ortiz: Sí, y me contestó el celular el caballero, y dijo donde lo voy había ido a dejar, y de ahí lo empezamos a buscar, yo tuve que ir a carabineros, lo buscamos por todas partes, estaban todos desesperados, el papá lo fue buscar a los hospitales, me falta la morgue nomás decía, y la mamá por otro lado, hasta que llegó de nuevo a la casa en la mañana, lo llevo ese taxista segundo...

Camilo: Sí, pero lo que yo hice fue, es que no sé tanto, pero en ese momento...

Violeta Ortiz: Es que para él, no es mucho...

Camilo: Fue en el momento en que me atreví a hacer ciertas cosas, estaba más grande, y quería salir en la noche, y todas esas cosas, y lo que hice después, fue ir a la casa un amigo, me fui a su casa porque estaba muy eufórico y estaba haciendo puras tonteras, y después me fui a la casa de otro amigo, y pasé tres horas sentado en una cuneta, esperando que se despertara para, acompañarlo a la universidad, al final me aburrí, me fui a la universidad, y me puse a hablar con todos, le pedí cigarros a todo el mundo, y me fumé como 30 cigarro ese día, y al final encontré a mi amigo en la universidad y lo trate super mal, le dije a todos que son puros estúpidos, y...

Francisca Moreno: Y que otros síntomas dieron, es que hay unas medidas precautorias o no, porque ya el hecho de que es fuerte ya cerrar la casa, porque también hay que cuidar la alimentación, ¿qué otros factores han cuidado en ese aspecto?

Violeta Ortiz: Yo lo cuido, en las depresiones a uno le da miedo, porque le da euforia y luego cae y queda acostado, varios días, entonces uno lo empieza cuidar desde esa parte...

Francisca Moreno: ¿Y cómo los diferencia?, ¿si fueran síntomas distintos?.

Violeta Ortiz: No, porque por ejemplo con la euforia el está despierto, tiene ganas de hacer muchas cosas, y todo eso, no sientes sueño, y en el otro no, sino que está durmiendo durmiendo, durmiendo, y no se quiere levantar...

Camilo: Igual esto tiene su cosa lógica, esto no está en el azar, esto no está en la a la cuestión, como una enfermedad tan incontrolable, cuando uno le da la crisis y todo eso, y la euforia, cree que el mundo es tan bueno, y toda la cuestión y luego uno tiene depresión, porque vió todo eso, vio tanta belleza y tanta cuestión, y al final comienza la depresión porque no puedes tener eso, y ahí sólo encuentras cosas así cuando estás eufórico, entonces de la personalidad, te pones más creativo, cosas así, y cuando estás depresivo no te funciona nada...

Violeta Ortiz: Entonces ahí te tienes que dar cuenta de que tienes que estar en el medio, y pucha que cuesta llegar a ese medio. se va muy bajo y después tiene que subir, y tiene que subir otra vez llegar hasta acá, y para eso están los fármacos, a lo que encuentro yo, que lo van manteniendo...

Francisca Moreno: ¿Pero cuántas crisis ha tenido?...

Violeta Ortiz: Yo aquí lo he tenido, a ver tu viviste aquí después de la crisis un año...

Camilo: No, yo estuve aquí un año, después de agosto yo viví...

Violeta Ortiz: Te fuiste en febrero, y después se fue un año, y el 2011 volvió, o sea que en el 2015 volviste por última vez, Y el escape fue el 11 de abril, y volviste la noche del 16 y le

decía a tu papá, es tu regalo de cumpleaños que volvió tu hijo, porque estaba su cumpleaños y su papá andaba buscando...

Camilo: ¡Pero si no me iba pasar nada!

Violeta Ortiz: Osea el dice eso, como uno de tantas cosas que pasan...

Camilo: Igual iba volver.

Violeta Ortiz: Una vez también por ejemplo se escapó mi hijo Roly, Rolando, él tiene autismo, en Rancagua, antes era chiquito cuando se escapó y lo fuimos a buscar a la línea del tren, llamamos al hospital, a los carabineros, y en el caso del que no hablaba era peor, y era niño, y se había ido donde una tía, entonces una tiene miedo porque le vaya pasar algo...

Francisca Moreno: Tengo otra dudita...

Violeta Ortiz: Dígame...

Francisca Moreno: Con respecto al tema de desarrollo anímico, ¿podría contarme el desarrollo anímico de todo el proceso inicial?, ¿cómo fue el proceso anterior a las primeras crisis?, ¿durante la crisis? y ¿cómo se sintieron dentro de ese proceso?, ¿sensaciones? ¿emociones?, ¿que sentiste?

Camilo: Ehmm...

Violeta Ortiz: Tú antes estabas bien...

Camilo: En mi primera crisis senti

Violeta Ortiz: Euforia...

Camilo: Sí, euforia, todas mis crisis han sido de euforia, o sea he tenido depresiones, pero son una consecuencia de la euforia, nunca he tenido intentos de suicidio ni nada parecido, o sea nunca he tenido ese tipo de síntomas, de suicidio ni nada, una vez quería pero no me atreví ni nada, ya cuestiones que, en, el primer crisis, la primera crisis sentí más que nada como se me agitaba el mundo, aprendía sobre pensar las cosas, estaba pensando mucho, y tenía muchas ideas locas en la cabeza, y sentía un frío en el estómago, o miedos, lo sentí en el estómago, miedo y como se llama, eso somos durante toda la crisis, igual, en muchas de estas cuestiones, me he obsesionado con una mujer, me ha pasado eso, me obsesiono y pienso demasiado y empiezan las crisis...

Violeta Ortiz: ¿Fue la primera? ¿la que te abrazó esa vez?

Camilo: Eso fue después, pero, hubieron muchas cuestiones, una vez entre una casa, y pensaron que estaba robando y salí corriendo por los techos, y luego me pegaron con un bate en el brazo, por eso, es fuerte lo que me pasó...

Violeta Ortiz: Sí, llegó carabineros...

Camilo: Pero, sabes, la verdad es que ya creo que no me va dar de nuevo, no es tan grave...

Violeta Ortiz: Es que ya conoces la parte de la enfermedad...

Camilo: Sí, pero...

Violeta Ortiz: Es que él no sabía lo que le pasaba tampoco, simplemente no sabía...

Francisca Moreno: Sí, imagino que es un proceso el descubrir la enfermedad, teniendo las distintas crisis...

Violeta Ortiz: Es que uno se pregunta porque me está pasando esto, yo creo que eso es...

Francisca Moreno: ¿Podría hablarme de crisis de tipo eufórica?, o ¿son siempre las mismas?...

Camilo: La primera crisis que tuvo este año, la única crisis, el psiquiatra me dijo que había sido una crisis, uno de los días en que no dormí muy bien, que dormí como tres horas, trate de ponerme más sociable, porque sentí que estaba muy introvertido, y trate de verme y hacer cosas porque tenía mucho miedo, lo que pasa es que en las crisis me da miedo todo, por miedo tenía miedo hablar, tenía miedo a relacionarme con la persona, miedo a los lugares, miedo y cumplir, que tenía miedo todo, entonces dije yo ese miedo y voy a enfrentarme a todas las personas, comencé a hablar en clases, comencé a como se dice...

Francisca Moreno: ¿A no ser introvertido?...

Camilo: Quería lograr hacer amigos, ahí conocí un amigo, hasta el día de hoy hablamos y...

Violeta Ortiz: ¿El chico del Cepech?...

Camilo: Sí, el chico del Cepech

Violeta Ortiz: Sí, él me dijo que le tenía miedo a hablarle a las personas...

Camilo: Y en un momento se me quitó y fui a la casa de mi ex madrastra la mamá de mi hermano, y tenía una fiesta, y la cuestión, me acuerdo que, que está en una mesa con 10 personas y cómo se llama, yo nunca antes podría haber respondido una cosa, los 10 me preguntaron una cosa y me miraron y me preguntaron ¿por qué tiritas tanto?, y yo le dije porque soy nervioso, y entonces, fue una cuestión tan...

Francisca Moreno: Complicada...

Camilo: Sí, incomoda, y así seguía con la cuestión, hasta que al final caí en una depresión, caí de nuevo, después subí de nuevo, después de nuevo después volví a subir y, así estoy



ahora, con cosas que todavía quedan, bueno, ese es un tipo de crisis, en que yo la fuerzo, en que empiezo a buscar la cuestión con la crisis, también empecé a tratar de hacer cosas, de lo que no me atrevía, porque tenía que ver con ese miedo que me daba, entonces ¿qué hacía yo?, estaba en universidad, y en las clases hablaba, me presentaba y conversar con la gente, hablaba con populares, cosas así que nunca hacía, tocaba guitarra y cantaba, y no me importaba ninguna cuestión, y gritaba, en medio de una universidad que era chiquitita, y todos me escuchaban, hasta que empezó la cuestión, en donde la crisis empieza como una bola de nieve, en donde me pasan cosas, donde se van acumulando, y me acuerdo que en una empecé a hacer algo que yo mismo forcé, en donde dije que para sacarme el miedo voy a empezar a ver a las personas como cuando eran chicas, entonces son puros niños, que en realidad me intimidan con sus cuestiones, pero son personas no más, y, porque no quería tener más miedo, entonces empecé a hacer eso, pero luego después vuelve el mismo tema, siempre vuelven el mismo tema, es un mismo tema el que me vuelve, antes pensaba que yo era el elegido, un enviado de Dios que toca guitarra, y siempre es el mismo tema, viene la bipolaridad y siempre los mismos temas, entonces...

Violeta Ortiz: No, y entonces cuando él entraba a la universidad, le empezaban angustia...

Camilo: Es que es el contacto con la gente...

Violeta Ortiz: Con eso empieza...

Camilo: Con la gente...

Violeta Ortiz: Con eso siempre parte todo...

Camilo: Es que me cuesta un poco el contacto con la gente...

Violeta Ortiz: ¡Y es super indeciso!... en la parte estudio, en que quiero ser esto, hacer esto otro, cambia constantemente es muy cambiante...

Camilo: Es muy confuso, porque me impongo cosas que nacen de la parte mía, por qué yo soy super dejado en algunas cosas, soy músico, me gusta mucho la música, y la otra parte mía es lo que yo quiero hacer, y eso siempre están en disputa...

Francisca Moreno: Tengo otra pregunta que me llama mucho la atención, ¿cuánto tiempo te demora una crisis?... ¿cuánto tiempo llega durar? ¿Cuánto tiempo se demora en bajar?...

Camilo: Yo creo que...

Violeta Ortiz: Yo le ayudado en las crisis, pero no las ha pasado todas acá...

Camilo: Las crisis no son como súbitas, no son como que derrepente pase y derrepente no, derrepente no se quita, entra fácil, derrepente empiezan a hacerte sentir bien y después empiezas a estar muy contento y después empiezas a pensar cosas locas, y después a mí ya me han bajado con pastillas, clínica, y después empiezas a desilusionarte de esas cosas, pensar que estabas equivocado, y después depresión...

Violeta Ortiz: Luego uno piensa y se da cuenta luego, cuando uno lo noto allá, una semana, ¿pero porque lo notas? porque algo le ocurre a él, se lo olvidó tomarse las pastillas, aunque un tiempo que él no quería, me enojé y no me las voy a tomar y, es eso, a los tres días le puede dar, pero la otra vez no fue así, en el verano, dejo de dormir lo normal, dormía menos, estaba muy tarde y dormir menos y después no se tomado los medicamentos, porque no estábamos nosotros ahí, entonces, cuando volvió ya dijimos está raro, y ahí es donde empieza, y ahí una empieza a ver que está actuando, yo lo noto raro, cuando empieza a hacer muchas cosas, y me asusto y digo que está haciendo muchas cosas con muchas cosas más, ¿cómo qué? ordenar toda su pieza, yo sé que no es así, no es que sea cochino, pero es desordenado, no le gusta estar haciendo la cama todos los días y la cuestión, yo se lo hago, a veces lo hace él, y derrepente se levanta a hacerla, y derrepente no se acuesta cuando llega...

Camilo: También dice que me pongo mucho más amoroso...

Violeta Ortiz: Sí, también se pone cariñoso...

Camilo: Es que sabes, este año ha sido más afable o sea...

Violeta Ortiz: Mira si la única guerra, espérate no es guerra, si el único problema es el trato, que es mandón, le dice cosas, y a él le molestan, yo sé que le molestan, y hace y yo peleé con él, porque yo le doy el favor...

Francisca Moreno: Me imagino...

Violeta Ortiz: Entonces él dice, esa parte es la que él no le hace bien, si te vas a duchar, andate duchar altiro, para que prendiste el gas si no te vas a duchar altiro...

Camilo: Es que yo me deprimó si me molestan, y entro en unas confusiones, así como, que me voy de aca, pucha pero no me puedo ir donde mi papá, y no puedo irme, tampoco puedo irme donde mi mamá, hoy, tengo que estar acá...

Violeta Ortiz: Sí, tiene ganas de irse, porque se aburre...

Camilo: Sí, a mí me pasa eso, o por ejemplo cuando debo elegir que estudiar, me había tanto lo que estoy haciendo, de repente me estoy dedicando a la música y me frustró por una cuestión y y ahí no quieres oír música, voy a estudiar ingeniería, y después es que voy a volver a esto porque como puede ser que no...

Violeta Ortiz: Es que él quiere estudiar sonido...

Camilo: Pero...

Violeta Ortiz: Nana pero ¿qué opinas de volver a literatura? me dice...

Camilo: Eso me trae depresión...

Violeta Ortiz: Claro que se deprime...

Camilo: Si eso me trae depresión, esa confusión dentro de la depresión, ¿cachai?, o el no saber cómo hacer las cosas, la vida es muy simple, porque la gente así lo que quiere, y le resulta, y en realidad no andan buscando otra cosa más que sea imposible para mí, y yo quiero hacer muchas cosas que son imposibles...

Violeta Ortiz: Yo le digo que hay muchas cosas que ya no va a poder hacer, como lo de estudiar ingeniería, lo que es muy difícil, entonces, ingeniería es difícil, su papá estaba hasta las cinco la mañana, y después se quedaba hasta las siete la mañana pero en la universidad, él no puede llevar esos ritmos, eso te lleva cambiar todo tu día, no es que tú no quieras, es que tú no puedes pero ahí hay que cambiar...

Camilo: Mira yo sé que yo voy a entrar sonido, porque sé que voy a ir y voy a rendir muy bien, y no voy a querer salirme porque la carrera me va gustar mucho, y pero aunque no halla tanta pega, me aburrí...

Francisca Moreno: Sí, porque debe ser estresante...

Camilo: Me aburrí porque, en realidad no quiero estar buscando buscando plata, y que al final tengo que hacer muchas cosas que no soy yo mismo, yo no soy así, como me gustan las matemáticas pero no voy a dedicarme eso...

Interrupción: Camilo va a buscar algo al refrigerador y su abuela va a proseguir hasta que bisabuela entra buscando algo a la cocina.

Francisca Moreno: Quiero preguntarle otra cosa con respecto al inicio de la enfermedad,

¿cuánto tiempo demoró el estado desde el inicio y también en encontrar la enfermedad?...

Violeta Ortiz: Fue corto...

Camilo: ¿En qué?...

Violeta Ortiz: ¿En encontrarte la enfermedad?, es que el Claudio dijo...

Camilo: Si el Claudio dijo que cuando yo estaba en el pick de la cuestión, me acuerdo que me preguntó si me gustaba alguien y le dije que sí, me preguntó si me quería ella de vuelta y le dije que no sabía y me pregunto más cosas sobre si la quería mucho y yo le dije que si estaba un poco obsesionado ese fue el pick de mi primera crisis y Claudio el psiquiatra me dijo que yo era bipolar...

Violeta Ortiz: Es que a ellos no les importa nada...

Francisca Moreno: Pero a lo que yo me refiero como duda...

Violeta Ortiz: Son menos de 10 días...

Francisca Moreno: Son como dos semanas entonces...

Violeta Ortiz: Se supo rápido, especialmente con la primera vez, pasó muy rápido, porque no se nota mucho...

Francisca Moreno: Y las crisis actualmente ¿duran dos semanas o más tiempo?.

Camilo: Como un mes y medio...

Violeta Ortiz: Si es como eso...

Francisca Moreno: ¡Chuta harto!...

Violeta Ortiz: No, no se presentan luego...

Camilo: Es que son síntomas, al principio parecen pocos síntomas, después ya estás desatado, y después te vienen más síntomas...

Violeta Ortiz: Y así va pasando el mes y medio, necesitas un mes y medio para estar normal, de normal a normal, entremedio no está tanto...

Camilo: La depresión también es...

Violeta Ortiz: También es heavy...

Camilo: La depresión también tiene locura, porque son los restos de la euforia que van quedando en la depresión...

Francisca Moreno: Entonces tú dices que la depresión es la consecuencia de toda la euforia...

Camilo: Sipo a eso me refiero...

Violeta Ortiz: Y ahí viene con un cansancio a todo, su mente...

Camilo: No creo tantas cosas que al final no se cumplen, se deprimó por eso...

Violeta Ortiz: Pero yo creo que él siempre tiene que tener una persona que lo estoy comprendiendo, ho la familia en sí, pero al menos una persona que lo acompañe y lo comprenda, que lo entienda un poco y que lo cuiden de todo, él dice que no hay que cuidarlo, pero si hay que cuidarlo...

Francisca Moreno: Así que en ese caso, sería contención afectiva en ese sentido...

Camilo: Pero en este momento por ejemplo yo estoy bien, estoy en mi juicio, no necesito entonces por mientras...

Francisca Moreno: Pero necesitas el período de crisis...

Camilo: Lo que sí.

Francisca Moreno: ¿En el período de crisis si necesitas?...

Violeta Ortiz: Es que él cree que necesita...

Camilo: Es que a mí...

Violeta Ortiz: ¡Es que yo he corrido buscándolo!...

Camilo: Es que cacha ahí, que cuando me da la crisis yo no sé...

Violeta Ortiz: Él no sabe nada de lo que hace...

Camilo: Es que si se lo que hago, pero yo estoy en contra de todo, me cambia la mentalidad y me genera un cambio de chip, entonces uno no necesita nada y estoy solo y se me vienen ideas en la cabeza, que cambian todo lo que yo pienso, empiezo hacer cosas que...

Violeta Ortiz: ¿Te acuerdas cuando cantaste ahí en la plaza?...

Camilo: ¿Cuál?, no me acuerdo...

Francisca Moreno: Ya, perfecto, me imagino...

Violeta Ortiz: Se subió ahí, a una escalera, que hay ahí...

Camilo: Sí, es que...

Violeta Ortiz: Es que son los momentos de euforia. Es que para él no hay vergüenza en esos estados, no tiene ninguna cuestión, en el caso de él, corriendo lo encontré...

Camilo: Es que son obsesiones que tengo en la cabeza, obsesiones, pero se van curando con el tiempo porque mi bipolaridad, o sea todas las bipolaridades tienen un porque, tienen algún detonador psicológico de la cuestión...

Violeta Ortiz: Es que le dijeron, que era afectivo...

Camilo: Es que yo soy susceptible, yo soy una persona que quizás si no me hubieran pasado ciertas cosas, no hubiera tenido bipolaridad, pero siempre he sido susceptible, y siempre voy a hacerlo, soy susceptible, porque tenía una personalidad susceptible a la bipolaridad...

Francisca Moreno: ¿Tú eres consciente en el momento en que empezó la primera crisis?, ¿cuál fue el detonador?...

Camilo: Yo creo que esa cuestión, de cómo fue, yo creo que, fue enamorarme tanto de una persona, yo creo que esa cuestión...

Violeta Ortiz: Es la que no te correspondía...

Camilo: No, si me correspondía, yo estaba con ella, pero estuve muy poco tiempo, Yyella me dijo, es que yo sentí algo muy fuerte por ella, era como perfecta, era como la luz divina,...

Violeta Ortiz: Es que de jovencito...

Camilo: Es que, el cambio en mi vida, yo en realidad nunca fui una persona reflexiva,

siempre hacía las cosas porque sí, nunca he pensado mucho las cosas, no tenía puntos de vista, no tenía nada de donde agarrarme, y de repente empecé a tomar todo en serio, una cuestión, como la ética que estaba leyendo,...

Francisca Moreno: Tengo otra pregunta...

Violeta Ortiz: Aquí dice otra cosa, ¿cómo se sintió el familiar?...

Francisca Moreno: Tengo otra duda...

Violeta Ortiz: Sí...

Francisca Moreno: ¿Cuánto se demora en calmar usted a Camilo?, usted me comentó que ha logrado calmarlo, que ha logrado detener la crisis...

Violeta Ortiz: Sí, el año pasado, dos veces he tenido que calmarlo, he logrado que no se vaya a la clínica...

Francisca Moreno: ¿Cómo fue?.

Camilo: Lamentablemente esto se detiene a la fuerza, no hay otra forma de acelerar el proceso, de que se detenga,...

Francisca Moreno: ¿Por qué dices que es a la fuerza?

Camilo: Porque a la fuerza es más rápido, porque...

Violeta Ortiz: También está con remedios más seguido, el mismo medicamento se lo da más veces, más veces...

Camilo: Pero son fuertes...

Violeta Ortiz: Es que yo logro por mi parte, intento que no le pongan las famosas inyecciones, que lo dejan durmiendo por días y días, y pensar en el hacer eso, me angustia...

Camilo: Eso se hace por el miedo y se empiezan a buscar cosas que funcionen...

Violeta Ortiz: Y él tiene que pensar todo lo que lo queremos, él no quiere verlo, eso no lo entiende bien...

Camilo: Es que eso es lo que pasa...

Violeta Ortiz: Eso lo hacemos porque lo queremos demasiado, todos...

Camilo: Yo no entiendo eso, ellos no entienden que al quererme tanto, me están cortando mi libertad y eso me duele, me duele el no hacer ciertas cosas, por eso ando depresivo...

Violeta Ortiz: Pero, es porque te cuidamos...

Camilo: Pero mira, yo una vez tuve el 2011 o 2012, tuve una crisis, que, debe haber durado tres meses la cosa...

Francisca Moreno: ¡¿Tanto?! es mucho tiempo...

Camilo: Pero lo que pasó es que ellos no me metieron a la clínica, sino que me dieron los puros remedios, mejor en hacer lo que yo quisiera, y en el Bellavista, bueno, canchai, hice muchas cosas malas, que me marcaron, osea, entonces es mucho mejor que me llevaran a la fuerza, es mucho mejor, aunque en ese momento en la conciencia esté enfocada por ejemplo en hacer cosas ridículas, de las que después me acuerdo, y digo puta la wea, y después me da miedo, entonces después, es mucho mejor que lo hagan a la fuerza, medito en hacer ese tipo de cuestiones...

Francisca Moreno: Tengo otra pregunta, como tú me comentaste eso, está el tema de ¿quién?...

Violeta Ortiz: Yo te podría decir algo chiquitito de aquí (apuntando a la hoja) preguntas aquí como ¿acción a los padres, amigos, familiares?

Francisca Moreno: Sí...

Violeta Ortiz: Nosotros siempre al lado de él, los amigos son los que se corren...

Camilo: Se corren...

Violeta Ortiz: Se corren y no vuelven, como ellos realmente no aceptan que sea distinto, diferente, cuando uno les dice... en los carretes por ejemplo saben que me tengo que ir temprano..., o saben que no puedo tomar, o saben que me tengo que acostar, estas cosas, ellos no las entienden, entonces ya no tiene tantos amigos, eso pasa...

Camilo: No, no es eso, realmente es porque yo en un estado de euforia hago cosas que...

Violeta Ortiz: Puede ser, cosas que les da vergüenza...

Camilo: No, no es eso....

Violeta Ortiz: Los tratas mal...

Camilo: A ver, una vez fui a la casa un amigo, y agarré la comida que tenía y se la di al perro...

(Risas totales)

Francisca Moreno: Pero en tu caso, el tema de los amigos, ¿tú dices que no es incondicional?.

Camilo: No, no tengo ningún amigo incondicional, espera, el Edgar sí, es el único, es el único amigo que siempre está, pero él siempre está muy ocupado...

Violeta Ortiz: Sí, en algún momento...

Camilo: Es el único amigo que siempre ha estado hasta hoy, pero los demás...

Violeta Ortiz: Es por eso que él en las charlas de la señora Susana, se sentía bien...

Camilo: Sipo, o sea yo iba para explicar mi problema y socializar, a eso iba...

Francisca Moreno: Entonces los padres son los que dan más contención, en este caso ustedes los abuelos...

Violeta Ortiz: También ayudaron los vecinos...

Camilo: Sí, los vecinos, los vecinos siempre estuvieron ahí...

Violeta Ortiz: Al 100%, lo apoyó mucho y el chico lo acompañaba, cuando quería salir para allá, allá partía con él...

Francisca Moreno: ¿Podrías decir que él es tu amigo?

Camilo: Sí, aunque él no lo quiera decir, porque estamos en un carrete, y nos empezaron a molestar, y le decía que era mi amigo y él me decía ¡sale weon!, porque le da vergüenza...

Violeta Ortiz: Sí, es que la vergüenza (ríe), es que se enoja con que lo digan en público...

Camilo: Es que él es muy macho...

Francisca Moreno: ¿Entonces él fue un amigo que te dio contención afectiva?...

Camilo: No, es de esos amigos con el que tú pasas todo el tiempo, pero estuvo ahí cuando me enferme, él fue una persona fundamental, en todo lo que me pasó, o sea él es tan importante como mi familia...

Francisca Moreno: ¿Y te acompañó en todo?...

Violeta Ortiz: Si quería salir a una parte y lo acompañó, él le decía, ¡ya! ¡vamos a comprar pan! y ambos partían para allá...

Camilo: Sí...

Violeta Ortiz: Una vez fueron a comprar pollo, y él lo llevaba, y la vecina, la tía de ellos, también, ¡la Ruth!...

Camilo: Sí, hablamos mucho con ella...

Violeta Ortiz: Y él entraba y se acostaba al lado de ella, era como su tía...

Violeta Ortiz: Ella también estuvo enferma, la operaron de hecho, y estaba el Camilo al lado de ella, son gente que son amigos de años, son amigos que se encuentran en el momento y no lo dejaron botado, nunca dijeron que ese cabro venía puro molestar, todo lo contrario...

Camilo: Yo a veces entraba, sin tocar la puerta y me recibía...

Violeta Ortiz: Y ahí estaba...

Francisca Moreno: ¿Y tus hermanos?

Camilo: Mis hermanos son chicos, mi hermana, te puedo decir que con la enfermedad, que mi hermana que tiene 12 años ahora, no, espera tiene 13, siempre decía que yo me ponía más cariñoso, según mi mamá a eso a ella le afectó psicológicamente, y mi enfermedad, hizo que mi hermana tuviera que tomar pastillas, mi vieja se puso neurótica con eso, con la cuestión, pero ¿cómo a ella le va afectar?, ella desde chica, hasta los 7 años vivió con mi tío que tiene autismo y no le pasó nada...

Violeta Ortiz: Sabes que tu mamá como es nerviosa, que gritaba y rabiaba, eso le afectó la niña, el modo de ser de ella, el modo de ser de la mamá...

Camilo: No, son otras cosas que afectaron, son otras cosas...

Violeta Ortiz: Puede ser...

Camilo: Mi hermano, yo siempre estuve muy obsesionado con mi hermano...

Violeta Ortiz: Con el Simón...

Camilo: Sí, porque siempre he querido a alguien con quien compartir todo lo que yo encuentro que es y tiene valor, y como que nadie me pesca, en realidad ahora si encontré gente con la cual me puedo apoyar, con las que comparto, pero siempre estuve en la búsqueda de un compañero, y, a mi hermano le regalabas cds, le decía que escuchar esta música, le enseñé a tocar guitarra, y toda la cuestión, y yo veo que él se aleja de mí, porque cuando he estado mal, él se aleja...

Violeta Ortiz: No, él me dice siempre nana, déjelo estar tranquilo...

Camilo: ¡Es que no están!, yo creo que se alejan con eso, porque mi hermano chico no se aleja de mí, me busca, jugamos, conversamos...

Violeta Ortiz: Es igual que la Sofi...

Camilo: Sí, igual que mi hermana chica, en mi caso, mis dos hermanos más grandes se alejaron de mí, un poco, o sea, sí, yo creo que me miran en menos, caché, porque no me consideran como su hermano, porque, en su calidad de las cosas...

Violeta Ortiz: No tienen quien confiar...

Camilo: Confiar en que alguien así, como..., además de que uno hace cosas ridículas, que no sé cómo...

Francisca Moreno: En ese sentido, es complicado el tema, aún así considero que el tema de la familia es complicado, aún así quien consideras que, emm... ¿cuál es el rol de tu mamá?, cuál es el rol de tu papá?, porque tus abuelos son tu centro, ¿cuáles son los roles que ya están tu familia?, y también, me gustaría que me contaras como al inicio de la enfermedad y al final ¿cómo se vieron las relaciones afectadas?...

Camilo: Es que mira...

Francisca Moreno: Es que todo es como un núcleo...

Camilo: Es que todos ayudan lo más que pueden, hacen lo que pueden, yo en caso por ejemplo la nana me ayuda con..., ella me sirve comida, me lava la ropa, me hace la cama, todas esas cosas, me sirve, me ayuda, y me apoya mucho...

Violeta Ortiz: Te doy hartito apoyo, te escucho...

Camilo: Sí, me escucha, pero aún no logro, no logro tener muchas conversaciones con ella...

Violeta Ortiz: No, ¡yo si te escucho!...

Camilo: Ahora último nos reímos más, hartito, hacemos bromas y cosas así, y me siento mejor, y mi tata siempre me trata de decir siempre lo que es correcto, pero a mí no me parece muchas veces, no es tan correcto, pero yo lo escucho igual...

Violeta Ortiz: Yo siempre le digo que él, tu tata siempre lo que sea, no es que no tuvieras nada, que no, que son mentiras, lo que tiene, son mañas, entonces él dice, entonces dice que él no se la juega porque es flojo, y yo le digo que no, es porque no puede, no puede, no se puede concentrar, oye dile esto y esto no...

Camilo: Después de la última crisis, intermedia, no me podía concentrar, era como una película, no podía ver la tele, no podía hacer nada más que fumar todo el rato...

Violeta Ortiz: Claro...

Camilo: No podía hacer cosas, no podía mantenerme concentrado, por ende si perdía memoria, y concentración, mi papá, llega con cosas que son muy interesantes, cosas así, vemos películas nos divertimos, a ver si vemos fútbol cuando me gusta el fútbol y otras veces no me gusta el fútbol, pelear con él a veces me gusta, y como se llama, y él no demuestra el estar preocupado, yo sé que él se siente muy preocupado, porque él me quiere mucho así, pero él no lo demuestra, y me dice que está preocupado por mí por esto y esto, y que estado bien, me pregunta si he estado bien, si he estado mal, lo que me aflige, no es como así, ese tipo de cuestiones es algo que lo veo con la vecina, en donde me dice que esto me hace bien, y distintos tipos de apoyo, entonces mi papá me apoya monetariamente, y con él lo paso bien, estoy relajado, también me exige cosas, me exige trabajar de repente porque es igual super bueno hacer eso, yo lo quiero mucho, lo quiero demasiado, y a mi mamá, mi mamá en toda mi adolescencia estuve peleado con ella, Igual la quiero, hartito, así tengo esa figura materna, pero sabes que mi mamá es mucha pelea, ella se preocupa de mí cuando yo voy a verla, por ejemplo hay una cosa, un problema, y ella trate de resolverlo, cuando le dije que quería estudiar ingeniería en sonido, ella buscó todas las informaciones para ayudarme a elegir... en Internet bajo todas las mallas posibles, porque sabe que yo soy dejado hacer esas cosas, yo



digo ya, quiero estudiar esto, pero no me convence al 100%, nunca me convence al 100%, así que ella me convence un poco, todo eso, me ayuda, pero peleamos hartoo...

Francisca Moreno: ¿Por qué crees que se producen esas peleas?

Camilo: Es que lo que pasa es que ella...

Violeta Ortiz: Es que son muy parecidos...

Camilo: Es que lo que pasa, ella quiere imponer sus ideas como autoridad maternal, y yo no la considero mi superior, entonces yo le rebato esas cosas y quizás debería callarme un poco y dejarla que hable no más, tampoco hay una cuestión fuerte, un lazo tan fuerte como para hablar las cosas, más cosas le cuento a mi abuela, que a mi mamá, ya eso con mis papás...

Violeta Ortiz: Con tu papá ya dijiste, con tus hermanos también...

Camilo: Con mis primos por ejemplo cero, cuando éramos muy chicos, era mayor, pero algo no me dijeron...

Violeta Ortiz: Él se alejó, vivía antes con nosotros...

Camilo: Aún así, me queda la misma sensación, de que con mis hermanos, me miran en menos, por ejemplo no terminado ninguna de las cuatro carreras, soy un enfermo, y ando hablando puras weas, y entonces yo creo que eso no ayuda...

Violeta Ortiz: Yo no creo que sea porque te miran en menos, quizás están ocupados y tienen mucho que hacer...

Camilo: No, es que ya no hay una relación de amistad con ellos...

Violeta Ortiz: Ya no, por eso, piensa que ya ni viene, debe estar muy ocupado...

Camilo: Siento que todos se alejan.

Violeta Ortiz: No sé si sea tan así...

Camilo: Por ejemplo mi tía, mi tía viví, parte de mi papá, me pregunta como estoy y siempre me trata cariñosamente, yo sé que me quiere y toda la cuestión...

Violeta Ortiz: A la viví le respondió, y él nos ayudó a encontrar a Camilo, que estaba ya en la católica...

Camilo: Obviamente todos están apoyando desde lo que pueden, y mis otros tíos son más brutos, una vez yo estaba allá en la católica con la crisis, y me agarraron y me querían pegar, un tío me pego, y quería meterme al auto para llevarme para la casa, en la clínica no me acuerdo, y yo no quería y me tiré al suelo, llegan los de la ambulancia, y me llevaron, bueno pero me han apoyado siempre, mi abuelo me da trabajo, siempre me ha escuchado, me acuerdo que fuimos al sur en un viaje y yo le conté todas mis cuestiones y me comprendió mucho, pero ahora estamos muy alejados, a mí me da miedo relacionarme con las personas, no se porque estoy así, me cuesta llevar relaciones, y como se llama, y entonces, con mi tía de allá hablo mucho, con mi abuela me expreso también...

Francisca Moreno: En ese sentido usted sería la contención afectiva más fuerte y más cercana y más potente...

Camilo: Es que mi otra abuela habla más conmigo, siento más confidencialidad con ella, no sé en realidad, pero, incluso ahora he llegado a confiar mucho más en la Susana, no sé, ¿qué más? mi tío flaco, amigo de mi papá, a él también le cuento mis cosas, y a la Mónica, con ella hablamos hartoo...

Violeta Ortiz: Es que la Mónica lo conocí desde chiquitito, desde que se separaron, los papás se separaron cuando él era chiquito...

Camilo: Mi papá y ella estuvieron juntos 15 años, o 16 años, entonces, yo siempre la veía como alguien pesada, nunca me relacioné con ella, pero una vez, me dijo que me quería, me había conocido chiquitito, y ahí como que ella se acercó, y hablé más con ella, ella en realidad es, uno se da cuenta de que los familiares a uno lo quieren mucho, entonces, cuando uno no es el amoroso, o no te muestras amoroso, uno sabe que los familiares lo quieren a uno, pero creo que todos los familiares están ahí, y eso es algo muy bonito...

Francisca Moreno: Ahora quiero preguntar, es muy bonito lo que dices, que los familiares apoyan mucho, en ese sentido le comento la pregunta, pero quiero que me diga ¿qué opina?, la contención afectiva que usted ha tenido, a nivel de proceso total, ¿cómo lo ha llevado? ¿qué ha significado para usted? ¿qué prácticas ha aprendido? ¿cómo las ha podido llevar a cabo?... o sea el hecho de que le protege dentro de la casa y cuida que salgo como una medida precautoria...

Violeta Ortiz: Claro, no, yo cuando lo vi así, cuesta entenderlo, pero como tengo un hijo con una enfermedad mental, también parecida...

Camilo: Para que estamos con cosas, si también es una enfermedad mental...

Violeta Ortiz: Sí, una enfermedad mental, con estas, la del Roly también, yo los percibo, por decir, es en el caso de Camilo, que a veces le mando un WhatsApp, le pregunto ¿cuándo llega? ¿cómo viene?, y por eso se enoja, pero yo lo único que quiero es saber si está bien, el viernes que salió y se le perdió el teléfono, yo decía, si yo le hubiera mandado un WhatsApp, y le hubiera dicho te vienes porque tu papá viene a buscarte, no le hubiera pasado nada, pero yo no se lo mande...

Camilo: Es que no puedes hacer eso, porque estás atentando contra la libertad mía...

Violeta Ortiz: Sí, es que yo no quiero que, no es que yo quiera mantenerlo aquí, si no que es el miedo mío, qué le pasó justo, justo porque yo no le mande el mensaje, le dije, que justo le pasó...

Camilo: Es que no puedes hacer eso, no puedes...

Violeta Ortiz: Si sé que no, pero es porque me preocupo demasiado, yo me puedo pelear con todos por culpa de estar a el defendiéndolo de algo, y cuando ando con él me siento segura también, porque él es grande, mi marido me dice y ¿pasaste a cobrar el sueldo?, y le digo que sí, y que Camilo me acompañó, entonces él me cuida, de tenerlo al lado pienso que no me va pasar nada, ahora él es poco afectivo, no le gustan los cariños, que lo tome del brazo, pero le digo que eso es no sé, con los abuelos, y que él sea cariñoso...

Francisca Moreno: ¿Y qué métodos usa para ayudarlo sin que se moleste?...

Violeta Ortiz: Es que él como cuando está así yo le tengo que dar los remedios, y cuando no quiere hacerme caso, llamo a Rolando, mi marido, por favor, dile que se comporte, porque a mí no me hace caso,...cuando Rolando lo reta para tomarse los remedios, él se los toma, y Camilo decía, si mi tata viene me tomó los remedios, si no, no,...y hay que hacerlo porque si no se pone porfiado, si mi tata viene, ahí si me decía que sí, y ahí venía Rolando, y derrepente le decía esto a las tres de la mañana, cuando le dan las cuestiones nos turnamos, cuando estuvo bien enfermo la otra es, nos turnamos los dos en la noche, porque en la noche él no tiene nada de sueño, se despierta a las cinco en la mañana, y le digo ya a Rolando anda tú, después Camilo se acostaba con nosotros porque tenía miedo, pero era un miedo, no sé qué sería, pero se acostaba lado de nosotros, pero eso le daba antes, ahora ya no le han dado esas cosas...

Camilo: No, como te digo...

Violeta Ortiz: Es que ha ido bien ahora...

Camilo: Y sé que pensaste cosas erradas...

Violeta Ortiz: Cuando le pasa eso se pone melancólico, y después se le pasa y se olvidó de eso, con eso uno se tranquiliza...

Francisca Moreno: ¿Y?...

Violeta Ortiz: Y con esto hay que cuidar distintos factores, el horario de los remedios, el doctor me decía que tenía que dárselo como sea, y yo como sea se los doy, todo el día cuidándolo, y ayudándolo en eso aunque se enoje...

Francisca Moreno: ¿Y alimentación, y sueño?

Violeta Ortiz: Él siempre me dice que lo deje más rato dormir y remedios después, y yo le digo que se los tiene que tomar...

Francisca Moreno: ¿Y medidas precautorias por una crisis?.

Violeta Ortiz: El dormir y los remedios...

Francisca Moreno: Me imagino que cura de sueño, que pueda dormir o ¿sólo que se tome los fármacos?.

Violeta Ortiz: No, si los fármacos nomás...

Francisca Moreno: Entonces cuando se empieza a sentir mal, ¿se empieza a poner acelerado y ahí toma los remedios?...

Violeta Ortiz: Es que yo trato que él siempre se tome los remedios, yo le digo que él lleva bien sus cosas, quizás se los pueden bajar, si te ven bien, y si tienes todo controlado te van a

ver bien y te las van a bajar, si no, no...

Camilo: Pero nunca me han bajado las pastillas...

Violeta Ortiz: ¡Si te han bajado!...

Camilo: Pero si tomo cualquier pastilla...

Violeta Ortiz: Pero debe ser así por mientras...

Camilo: Parece que tengo un caso fuerte de bipolaridad porque tomo muchas pastillas y he hecho cosas muy raras...

Violeta Ortiz: Pero yo creo que todos hacen cosas raras...

Camilo: No, si yo creo que todo el mundo hace sus cosas raras, pero yo he hecho varias...

Violeta Ortiz: Pero no tanto como personas que salen en la tele, había una noticia también...de un futbolista que estuvo con la abuela cuatro meses cuidándolo, estuvo encerrado, parece que también tenía bipolaridad, estuvo con la pura abuela los cuatro meses, eran gente de plata, pero la abuela lo cuidó, y se mejoró, entonces son momentos, y si tiene a alguien al lado, tiene que aprovechar que tiene a una persona que lo cuide, el otro día le decía que no le voy a escribir ni hacer nada así, y lo cumplí, pero un día, le dije que lo cumplí y se enojó...

Camilo: Pero la cosa es que...

Violeta Ortiz: Pero lo hago mijito porque lo quiero...

Camilo: Sí sé, nuestras relaciones han mejorado...

Violeta Ortiz: Sí porque miramos preciosas, esa teleserie del 13...

Camilo: Es que yo tengo esa cosa de que antes era libre, yo podía hacer lo que quería, y ahora no soy libre, si le digo que me voy a quedar en la casa un amigo, no puedo hacerlo, porque me van a decir altiro que no, entonces esa lesera me tiene aquí y digo, puta la wea, pero aquí entonces, debería está viviendo con mi tía, con mi papá, o con mi mamá, debería estar viviendo solo...

Violeta Ortiz: No, por ejemplo el otro día la mamá le dijo que no podía ser, primero porque tiene las dos niñitas allá, y ella tiene que cuidar a las niñitas, y él un día llego a las dos de la mañana, y ella me llamó diciendo que se había escapado a su casa, me dijo que recién llegó y se le había perdido el celular, o se lo robaron, y yo dije chuta, a las tres de la mañana estaba llamando a Movistar para que le cancelaran el chip, para que se lo bloquearan, no pude dormir, pensé que le habrá pasado, porque en el barrio Bellavista...

Camilo: Pero si son cosas que pasan, si nunca me ha pasado nada en el barrio Bellavista...

Violeta Ortiz: Cuando llego con su brazo quebrado esa vez, le pasó algo...

Camilo: Pero he estado en crisis, ahora no estoy con crisis, sabes lo que dice la Susana que tiene toda la razón, que uno tiene la bipolaridad, pero uno no está enfermo todo el tiempo...

Francisca Moreno: sí, pero hasta el momento de las crisis.

Violeta Ortiz: Entonces hasta yo podría ser bipolar, porque a veces tengo un genio, tengo depresión, también tengo esas cosa...

Camilo: No, pero es que eso es otra cosa, es que los bipolares son más acentuados...

Francisca Moreno: Pero en ese caso, en ese tema, con todo lo que comentaba del tema de fármacos, en ese caso ¿usted considera que es algo necesario?

Violeta Ortiz: ¿Para él?, ¡totalmente sí!, sí, porque si él deja de tomar los dos días, dos días, ya se le empieza notar altiro que se va para arriba...

Camilo: Es que son drogas, estoy acostumbrado con eso, es como si tú no sé, estuvieras acostumbrada todo el tiempo a algo luego se lo agregas, bienestar, pero te hace dependiente, y luego se lo quitas, y te agrada, es complicado...

Violeta Ortiz: Sí, pero si yo necesito un remedio, tengo que tomarme el remedio, y me lo tengo que tomar...

Camilo: Creo que no es así, creo que si me dejo de tomar las pastillas y me pasa algo, es que estoy acostumbrado a tomar pastillas, pero si no tomara las pastillas, quizás estaría, mmm no sé, si dejara las pastillas estaría en...

Violeta Ortiz: En euforia...

Camilo: En degradación, el estar bien, estaría bien un tiempo y después me daría una euforia, pero...

Violeta Ortiz: Pero las neuronas se van matando por las crisis...

Camilo: Sí, pero si me pasa algo inmediatamente es porque estoy acostumbrado a tomar pastillas,

Francisca Moreno: En tu caso, el ajustarse a los remedios ¿que síntomas físicos tienen para ti?, ¿son muy desagradables?

Camilo: Si por ejemplo que me tiritan las manos...

Violeta Ortiz: Sí, le da tiritón...

Camilo: Me tiritan las manos, engordo con eso, me lo dijo el doctor que me atendía...

Violeta Ortiz: Pero imagínate que con las primeras crisis, era muy delgado...

Camilo: Es que no tomaba ácido valproico...

Francisca Moreno: ¿Entonces ese remedio engorda mucho?...

Camilo: Sí...

Interrupción: Se llega el máximo de grabación y vuelve grabarse otro audio.

Francisca Moreno: Vuelvo a conectar el audio, el tema anterior que hablamos fueron los remedios, pero me gustaría saltar otro tema, con respecto a la familia, ¿cómo fueron los cambios que sucedieron en las relaciones?

Violeta Ortiz: ¡Nos unimos más!...

Francisca Moreno: Imagino que las relaciones fueron ¿un poquito más o menos?.

Violeta Ortiz: Nos unimos porque el dolor que sentimos, de que él tuviera eso, era un dolor para uno, pero nos unió más, porque asumimos que no había diferencia entre nosotros, por un tiempo, por la familia del lado del papá, y de la mamá de Camilo, y después al final todos nos hablamos, nos conectamos....

Francisca Moreno: ¿Generó problemas y cambio de rutina?...

Violeta Ortiz: Sí...

Francisca Moreno: ¿De qué manera como se fueron dando?

Violeta Ortiz: Bueno nos hablamos más por teléfono, para ir sabiendo en qué lugar estaba, yo preguntando ahí, esta aquí, estaba allá, preguntaba, todos en contacto...

Francisca Moreno: ¡Ah ya comprendo!...

Violeta Ortiz: Un contacto más general, de lo que ha hecho él y como está, cosas así.

Francisca Moreno: ¿Se sumaron otros parientes a la red de contacto?...

Violeta Ortiz: No, los otros parientes no se acercaron, sólo unos tíos, y una tía que siempre lo tuvo muy presente, no sé quién más, no estuvo nadie más...

Francisca Moreno: Bueno en los vecinos y como me comentaba...

Violeta Ortiz: Sí, lo que sí, no sé, porque lo conocían de chiquitito...

Francisca Moreno: Y el acercamiento de la familia también, ¿fue más?...

Violeta Ortiz: Si, como te digo como los papás se separaron cuando él era muy chiquitito, se preocuparon, no estábamos mal, un tiempo en que nosotros tuvimos a Camilo, yo estuve, luego me cedieron a mi la custodia, más de un año, así que los papás tenían que venir a verlo a él aquí con ellos acá, no se lo podían llevar ni nada, ahí obviamente hubo una pelea, el juzgado y la cosa, igual después me arrepentí mucho, todo eso, pero, hay una familia que se separa un poco, con bastante mejor dicho, con todos ellos, y después la enfermedad nos unió, nos olvidamos...

Camilo: La cosa es que fue un juicio por mi tuición...

Francisca Moreno: ¿Durante la crisis?

Camilo: No...

Violeta Ortiz: Fue cuando él era chiquitito, tenía seis años, los papás se separaron cuando él tenía como un año,...

Camilo: Lo que pasa es que yo antes vivía con mi abuela, y mi mamá, venía hacer presencia porque ella trabajaba mucho, venía a dejarme, creo que vivía en la Florida o sisterna, venía dejarme el colegio y se daba el pique para llevarme al colegio, y entonces derrepente, tuve un problema de plata, y quiso irse a vivir de la casa de la pareja de ella, mi padrastro se llama Lucho, y quería irse a vivir a Puente alto y llevarme a vivir con ellos, entonces mi papá se enojó con eso, y ahí paso el problema de la tuicion ...

Violeta Ortiz: Es que él era chiquitito y el vivía aquí en la casa, y ahí yo lo llevaba al colegio, todos los días, yo estaba cargo con apoyo de la Carola, la cual se lo llevaron fines de semana, y después me lo venía dejar...

Camilo: Es que ella trabaja mucho...

Violeta Ortiz: Es que yo me hacía cargo de él y derrepente él dijo un día que su mamá estaba preparando el cambio de casa con todas las cosas en cajas, y que nos íbamos a ir, y su papá dijo que no por qué lo iban a sacar del colegio y va hacer un cambio en todo, y ahí se empezó el juicio y la jueza la tuición, a mi me la dieron por un año...

Camilo: Y obvio que hubo pelea familiar...

Violeta Ortiz: Y después él se va quedar aquí y ahí la mamá quedó embarazada y y decir que se quedara con nosotros fue un poco alivio para ella, Camilo cuando más grande eso sí dijo se quería quedar con la mamá...

Camilo: A mi nunca me dijeron eso, yo me acuerdo que fueron dos cosas, uno que mi mamá, me llevaba mucho mejor con ella, porque había amor maternal el cual era mucho más fuerte que el amor que tenía por mi papá, y más encima ella siempre me regalaba cosas,

y me gustaba eso, entonces me fui con ella, y una vez le dije a mi papá que me iba ir para allá y mi papá me paró el carro y yo preferí irme con mi mamá...

Francisca Moreno: Eso que me comentas eso es a nivel de infancia, pero cuando te enfermaste, ¿cómo le hicieron para poder dividirse tu estancia?, ¿el apoyo de ambos bandos?...

Camilo: Seguí con mi papá...

Francisca Moreno: ¿Y cómo te viniste a vivir con tus abuelos?...

Camilo: Es que fue porque empecé a pelearme mucho con mi mamá, pero yo creo que eso igual son consecuencias de la crisis, porque estaba depresivo, estaba flojo, no hacía nada, y mi mamá me retaba, y la cuestión exploto, así que primero me fui a vivir con mi papá...

Violeta Ortiz: Vivió con la otra abuela también...

Francisca Moreno: ¿Así que pasó en casa en casa?...

Violeta Ortiz: Sí, vivió con la otra abuela poco tiempo...

Francisca Moreno: ¿Y en ese caso?...

Violeta Ortiz: Y con el papá también vivió un poco tiempo...

Francisca Moreno: Pero, en el caso de estar viviendo con varios familiares, ¿cómo lo hacen con el tema de reacción cuando le da una crisis?, porque imagino que te toca en casa de tu tía, o en casa de tu mamá, o en casa de tu papá...

Violeta Ortiz: No, cuando le dio con nosotros, estando en la playa, su papá lo fue a buscar y se juntó con su mamá, los dos se juntaron, y lo llevaron al médico, a la clínica...

Francisca Moreno: ¿Eso fue parte de la primera crisis?...

Violeta Ortiz: No, debe haber sido la segunda o tercera vez...

Camilo: A la clínica me iba a ver mi mamá y mi papá...

Violeta Ortiz: Claro, yo también...

Camilo: Sí, tú fuiste un par de veces, pero ellos iban casi todos los días...

Abuela: sí, pero ahí va haber de tu primo también que todavía en ese tiempo no está estudiando..

Francisca Moreno: Tengo otra pregunta, cuánto fue en lo referente a las crisis, ¿en qué año te pillaron la bipolaridad y los síntomas?, ¿y las crisis como en qué años han sido?, así en seguidillas...

Camilo: 2010, me dió la primera, 2011, o sea a fines del 2010 en septiembre, la segunda, ¿después a? fines del 2011, ya en diciembre, fines del 2012 en diciembre también y en agosto del 2013, en marzo o abril del 2014, y después en marzo del 2015 y ahora la última fue la más liviana, que fue durante este año, dormí poco, y fue eso nomás...

Violeta Ortiz: Después de una semana se le pasó...

Camilo: Fue una depresión...

Violeta Ortiz: Se despertaba a comer y después volvía a dormir...

Camilo: Fue la depresión...

Francisca Moreno: ¿Y en esa crisis ustedes reaccionaron casi de inmediato?...

Violeta Ortiz: ¡Sí!

Francisca Moreno: ¿Cuánto se demoraban en reaccionar durante en la primera crisis?...

Violeta Ortiz: Es que en la primera uno no sabía que había, pero después uno ya lo note altiro...

Camilo: Yo creo que la segunda, creo que en la segunda uno ya reacciona de otra forma, con más miedo, como que no sabes qué hacer, o sea, me internaron altiro, me dio el primer síntoma y me internaron altiro...

Francisca Moreno: ¿La segunda?...

Camilo: Después me dejaron ahí, como no sabían qué hacer, si dejarme en la casa, igual me internaron, me han internado tres veces...

Violeta Ortiz: Y recuerda, que parte de la internación, es el billete, el billete que no hay...

Francisca Moreno: Debe ser muy caro...

Violeta Ortiz: Sí, el billete se acaba, el dinero se acaba, y su papá no tenía dinero para pagar, porque, es muy caro, una semana son 2 millones y medio, en una semana que se van, aparte de las cosas que se le llevan, la mamá le llevaba zapatillas, ropa, entonces le dije la última vez en la clínica a la Mamá, que yo lo iba hacer, yo lo voy a cuidar como sea...

Camilo: Abuela, ¿paremos un ratito para tomar 11?...

Violeta Ortiz: ¡Si es verdad!, ¿mijita le molesta si paramos un ratito?...

Francisca Moreno: ¡No se preocupe!, me parece buena idea...

Interrupción: (Se detiene por segunda vez la grabación y luego se graba sonido nuevamente porque bisabuela pregunta por la once).

Francisca Moreno: Bueno, y la última parte de la entrevista, me gustaría preguntarle sobre cuando a ti te dió la primera crisis, esto tuvo un desarrollo, ¿se contó con información manejada por la familia? y al inicio en enfermedad, ¿tenían herramientas?, ¿tenían información, o se la dieron especialistas?, ¿de donde sacar información? De Internet?.

Violeta Ortiz: Al principio no teníamos nada, no sabíamos nada...

Francisca Moreno: Pero ¿qué entendía por la palabra?...

Violeta Ortiz: Ahh... es que siempre dicen nada que aporte, tú soy bipolar y todo, porque está ahí también la gente que se ríe, lo dicen por talla, pero, una vez yo discutí en la feria por eso, uno le gritó a otro y dijo ya está el bipolar, y yo le dije, ¿sabes lo que es ser bipolar?, cuando uno conoce a una persona con bipolaridad no es para reírse, no hay que burlarse, el señor me dijo disculpe señora, es un casero aquí de la feria, podemos decir que empezamos a buscar información más que nada por Internet, de allá, de Limache nos mandaron esa revista y ahí salía la Susana, la Susana salía algo de su vida ahí y que ella había querido ser bailarina, y bailarina de ballet, y con ayuda de todos, con ayuda de su esposo más que nada, ella había salido adelante y ella contó que le había dado la enfermedad de más adulta, y empezamos a buscar, empezamos por eso buscan información, y en una de sus tantas crisis, yo fui allá al hospital, a hablar con la señora Susana, y me dijo que fuera hablar con su mamá, hablar con el psiquiatra de Joaquín, después yo hablé con él, ya, y dije que íbamos a ir, porque queríamos saber más y queríamos ayudar...

Francisca Moreno: Entonces la información que tenía usted ¿era muy básica? o ¿muy poquito?

Violeta Ortiz: Sí, es como te cuento, uno escucha y dice uno permanece bipolar...

Francisca Moreno: Susana fue, ¿usted fue después de haber conocido Susana?...

Violeta Ortiz: Sí, fui hablar con el psiquiatra, nos explicó...

Francisca Moreno: Pero ¿qué le explico usted como información?.

Violeta Ortiz: Nos mencionó los cambios de ánimo, pero más que nada tenían que ir los papás, también fui a ver a su psicólogo, él nos decía las cosas, aunque a Camilo no le gustó mucho como él le decía las cosas...

Camilo: no, porque él dijo que yo una vez no le pague

Violeta Ortiz: Se le deben haber caído sacando los cigarros, esos billetes se resbalan. Después obviamente dijeron que no podían atenderlo porque no podía cancelar, llamaron incluso...

Camilo: Pero filo, sigamos, no es muy relevante...

Violeta Ortiz: Sí, ¿a ver qué más?, después él entró por sistema GES y se atendió con otro doctor en el hospital El Salvador...

Francisca Moreno: ¿Retamal?.

Violeta Ortiz: No, era otro, en fin, él creo que había implantado un programa para gente bipolar, pero no sabía si lo había implementado...

Camilo: Si lo hizo, hay un amigo mío que estaba yendo y él no me invitó el desgraciado...

Violeta Ortiz: Habría que ir nomás, a lo mejor igual te quieres integrar, creo que sería bueno que el estuviera en algo así, yo fui a las sesiones con el otro doctor y lo encontré muy



serio...

Francisca Moreno: Pero, cuando fueron a ambos especialistas ¿ellos entregaron formación mucho más profunda?...

Violeta Ortiz: Ellos hablaron de la enfermedad, de los medicamentos, de lo que necesitaba, o qué sé yo...

Francisca Moreno: ¿Pero algo más técnico?.

Violeta Ortiz: Sí, eran técnicos yo creo que el otro psiquiatra creemos que había dado más información, yo soy su mamá y fuimos varias veces...

Francisca Moreno: Y ¿qué temas plantearon?, ¿cuál cree usted que son los temas más importantes que hablaron?...

Violeta Ortiz: El primer psiquiatra amoroso, nos explicó cómo era la enfermedad, con dibujos, me acuerdo, cuando hizo un gráfico, por eso me acuerdo, estará la línea, esta es la línea, esto va para arriba, después para abajo, no llega aquí, sino que llega acá, y después va a ir de apoquito hasta que llega la línea central, pero para eso es una etapa larga, igual la señora Susana nos dijo una vez, que ella se equivocó con los remedios y los horarios, no tomó los remedios en el horario que tenía que ser, y le duró una crisis cinco meses por eso, por tomarlos mal, y a ella le dió, y ella dijo que andaba gritando, cantando, que se yo, se metía entre los árboles, hacía una pila de tonteras...

Francisca Moreno: Pensé que los psiquiatras daban más información, no tan poca...

Violeta Ortiz: No, no dan tanta, le explican a uno lo básico...

Francisca Moreno: ¿No explica más?...

Violeta Ortiz: Había un libro de la bipolaridad, que lo compró en la Carola...

Francisca Moreno: ¿Quién escribió ese libro?...

Camilo: A mi me regalaron ese libro...

Violeta Ortiz: No, pero ella se lo compró, estoy segura, ¿tenemos un libro de la bipolaridad? ese se compró, no era el de la Susana...

Francisca Moreno: ¿Él de Susana?, ¿bipolares u apocados?...

Violeta Ortiz: ¡Sí!, ¡ese mismo!, y se los regalo, pero yo hablo del otro libro...

Francisca Moreno: ¿A usted le sirvió ese libro?.

Violeta Ortiz: Sí, mucho, para entender todo, sale explicado, aunque no me acuerdo del autor... ¿te acuerdas el autor?

Camilo: No me acuerdo...

Francisca Moreno: ¿Me compartiría después el título por favor?...

Camilo: Tú avísame no más...

Violeta Ortiz: Sí, llama a tu mamá, para conversar, pregúntale ¿cómo está el Lucho?...

Camilo: No se lo merece...

Francisca Moreno: También me mencionó que por fuera, la gente no conoce mucho el

término de la enfermedad...

Violeta Ortiz: No, la gente no conoce, conoce la bipolaridad como algo que hace cambiar de ideas, me estoy riendo y después me enoja, para ellos eso es la bipolaridad...

Camilo: Es que uno no sabe, yo por ejemplo hace poco no sabía lo que era la esquizofrenia por ejemplo... la verdad es que tienes que vivirlo, hay que tener personas cerca para poder entenderlo, para saber...

Violeta Ortiz: Lo que tiene este niño también no me acuerdo como se llama, la Marta también, ella tiene epilepsia, le dió epilepsia porque creemos que fue de un susto, ella era normal, pero intentaron asaltarla y le dió eso, triste es que estudió gastronomía y no puede ejercer porque no puede tomar cuchillos, le pueden dar convulsiones, no puede tener cosas calientes en la mano porque se le pueden caer...

Francisca Moreno: Qué triste...

Violeta Ortiz: ¡¿Viste?!

Camilo: Pero, tú le preguntas a una persona normal que no cacha, alguien que no ha dimensionado esto, y es un enfermo mental más...

Violeta Ortiz: Mi abuela también tenía epilepsia...

Camilo: Es una cosa que el mundo está lleno de gente enferma...

Francisca Moreno: Sí, pero creo que nadie lo asume, si esa es la cosa...

Camilo: Es que ¡está lleno!, ¡todos tienen una enfermedad!, toda la gente que conozco, todos saben algo del tema, compañeros del preu en que sus papás son psicólogos, él tiene

problemas depresivos, el Diego otro amigo que tenía también era bipolar, el Pascal también tuvo un problema psicológico, no sé, así es, el Felipe también...

Violeta Ortiz: Al fin el cabo uno aprende también de otras personas, como lee...

Francisca Moreno: Desde su experiencia personal, ¿quién fue el encargado de decir voy a leer este libro, o buscar la información en tal parte?

Violeta Ortiz: No, yo me la leí toda, y mi hijo también lo leyó, todos buscamos, buscamos de todo...

Francisca Moreno: ¿De Internet?, ¿libros,?...

Violeta Ortiz: Sí, eso si, no se quien compró el libro, no sé si la Carola o Manuel, pero ese libro de la bipolaridad lo leímos...

Francisca Moreno: ¿Sabe si el autor es chileno?...

Violeta Ortiz: No sé exactamente, Camino ¿puedes buscar en Internet ,en tu teléfono el autor?, el título es bipolaridad...

Francisca Moreno: Lo otro también, cuando buscaron esta información, ¿cree que la información era mucho texto?, ¿había uso de dibujo?, ¿fue difícil de aplicarla?, ¿entenderla?...

Violeta Ortiz: No, si hubo, bueno, depende de como uno lo tome, por ejemplo a mi marido le dije que lo leyera y dijo que no, es muy cerrado en cambio, yo lo fui leyendo y entendiendo...

Camilo: ¿El libro en la bipolaridad como don?...

Violeta Ortiz: No, se llama la bipolaridad no más...creo...

Interrupción: (Llega bisabuela nuevamente y se detiene entrevista, va camino a su pieza a dormir siesta. Cuando se marcha continúa la entrevista).

Francisca Moreno: Ahora seguimos, quería preguntarle con respecto también a la reacción con la información, si fue fácil de aplicar, ¿cómo se aplica a la situación propia?...

Camilo: ¿Cómo?, repite la pregunta porfa...

Violeta Ortiz: ¿Si fue fácil de aplicar?, la verdad fue difícil, con la información...

Camilo: Con la información fue, mmm..., ... fue difícil, fue difícil, porque te explican que subiste y que bajaste de ánimo, pero siempre se confunde lo que es estar enfermo con con estar mal, si no te levantas a veces todos piensan que es porque estás depresivo, o porque eres flojo,...

Violeta Ortiz: Y si uno piensa o, ¿está depresivo?, pero ¿no puede ser que ese día tenga sueño no más?...

Camilo: Entonces....

Violeta Ortiz: Entonces puede tener flojera, pero no estar depresivo, uno tiende a pensar al revés...

Camilo: Pero ¿qué hacen en ese caso?, ¿es bueno que yo esté acostado?, ¿cachai?, me dejan ahí...

Violeta Ortiz: Es que pensamos distinto, tu tata dice por ejemplo este flojo no quiere ir al preuniversitario, y yo le digo que él posiblemente está con la depre, entonces viste, son pensamientos distintos, y yo lo dejo, y él no quiere, queremos que salga adelante, y de repente me

digo quizás está enfermo, y después pienso...

Francisca Moreno: Entonces en ese sentido la búsqueda de información genera reacciones a nivel familiar, ¿son más negativas que positivas?...

Violeta Ortiz: No, ahora ya no son tan negativas, yo siempre estoy positiva, quiero levantarlo a él, y hacer que él reaccione...

Camilo: Sí, pero es una cosa interior, no se puede de otra forma, yo ahora en lo que he logrado, he logrado porque empecé a hacer las cosas que yo quería ser, eso es algo en lo que estuve estancado en mucho tiempo y me gustan estas cosas, pero ahora que la gente me tira para arriba, he tenido más autoestima...

Violeta Ortiz: Sí, en este caso por ejemplo pasó de que el lunes no quería ir al preuniversitario y no fue al final, y después fue adonde Susana, pero la cosa es que al otro día se levantó bien, y después no se acostó a la hora, y me empecé a asustar, a él no le dije, luego él viene y se acostó muy tarde, el sábado se fue donde la Mónica, también se debe haber acostado más tarde, son dos días menos, cuando está en otro lado, y no se si se tomó el remedio la mañana, y yo me empecé a asustar, y ese día que yo no estuve tampoco se tomó el remedio, porque tu tata no se acordó y tú menos, tú en la mañana no te preocupaste, entonces me asusté más, y empecé a esperar otra reacción, y me dijiste que estaba esperando a que te tomaras las pastillas para que yo me fuera dormir, y la verdad es que si era así, pero yo luego disimulé, pero no hay pilla, me pilla y yo quiero ver que se las va a tomar, y se va a dormir porque quiero que duerma las horas necesarias, entonces vivo en ese constante temor, es un temor mío...

Camilo: Mira lo único que yo perseguía es ir hacer cosas, para poder progresar, eso es lo único que quiero hacer...

Violeta Ortiz: Sí, pero la psicóloga le dijo que no podía hacer todas las cosas juntas, porque él cuando le dan deseos de hacer cosas, se acelera, le dan ganas de limpiar la pieza y limpia

toda la pieza, y pinta, quiere hacer esto y esto y esto otro, entonces es mucho, o anda bicicleta, es lo que hizo esta semana, ando en bicicleta todo el tiempo y tomo el agua que tiene que tomar, y siguió sus dietas, para mí era algo muy extraño, está diferente, o quizás no, quizás tomo la idea de simplemente de voy a hacerlo, pero después le viene el bajón y dice no....

Camilo: Mira, ¿sabes lo que aplique?, apliqué el que si sabes lo que tienes que hacer, ¿porque no lo haces?, las cosas son simples, cosas que debo hacerlas y ahí me di cuenta, cuando uno empieza hacer las cosas como que uno recibe satisfacción...

Francisca Moreno: ¿Tú tomas conciencia de una crisis para poder detenerla?, ¿o no?

Camilo: Sí, puedo dormir, pero..., ¡ya está molestando la vieja chica!...

Interrupción: (Vuelve entrar bisabuela y conversé un poco con todos, después va a salir al living)

Camilo: Cuando no puedo dormir, intento varias técnicas para quedarme dormido, leer, de una película, y cuando sé que no puedo dormir, sé que eso está malo, y algo está fallando, lo sé, y cuando me voy muy para arriba, sé que estoy arriba, pero como se pasa, lo que me pasa es que no quiero que eso termine, porque hay cosas buenas cuando me voy para arriba, empiezo hacer cosas, cuando me voy para arriba empiezo a hacer las cosas que me gustan, y eso es lo que más me gusta, y cuando me voy para abajo, no puedo hacer las cosas que me gustan, porque estoy confundido, porque estoy afligido por algo, porque estoy triste...

Francisca Moreno: Con respecto a, lo que voy a decir, esto es más familiar, especialmente por usted como abuelita, al partir la búsqueda de información, la información al inicio como usted la encontró ¿fueron libros?, ¿Internet?, ¿contó con que la información era muy técnica?, cree que faltaba el lado emocional? o ¿estaba mal hecha visualmente?, ¿entendió todo o lo puedo aplicar?, ¿la pudo aplicar con los estados que venían?

Violeta Ortiz: No, si yo entendí algo, entendí bastante, también lo iba viendo en él, e iba aplicando lo que veía, yo creo, porque sino, no lo entendiendo, a partir de eso, de lo que decía, como era, como iba a pasar, a cambiar, no sé, veía tantas cosas, veía como lo está pasando bien de estados...

Francisca Moreno: Y¿ herramientas, que podía tener con información?, porque al fin y al cabo todo esto es prueba y error, probar, probar y probar, con eso en ese sentido...

Interrupción: (Vuelve a entrar bisabuela y habla sobre el gato, que hay que alimentarlo y Camilo va a solucionar el problema).

Francisca Moreno: Tengo otra duda, ¿qué me puedes mencionar sobre el libro de Susana?, y sobre también el tema del libro o revista que mencionó que le llamo la atención...

Violeta Ortiz: Fue interesante que en la revista de Limache, se mostraban vivencias y biografías y casos con personas con bipolaridad, entonces para uno fue fácil entenderlo, eran como cuatro, ya...

Francisca Moreno: Entonces, ¿eran como casos anteriores?...

Violeta Ortiz: Sí, habían puesto casos en donde contaban lo que les había pasado en tiempos anteriores, quiénes habían ayudado, y entonces con eso yo entendí bastante, lo de la revista, lo del libro es más técnico, es más técnico por supuesto, porque no hay tantos ejemplos, no hay tantos dibujos, pero en la de Limache había más imágenes, incluso apareció la misma Susana que ella tuvo la primera crisis de adulta y explicó, lo que el marido también le dijo,... si tú sigues con esto al no tomarte los medicamentos te vas de la casa, y bueno, ella cambió hasta lo que ella hacía, porque le gustaba ser bailarina y no podía, entonces se enfocó en pintar, se puso a pintar y todo eso, y al final quería su marido, quería su familia y al final cambio...

Francisca Moreno: ¿Entonces tomó esa vivencia para aplicarla?, no es 100% del caso, pero...

Violeta Ortiz: Claro, pero sirvió para mucho, aquí en el caso el doctor nos decía y le dijo a él también en una sesión que su cerebro se le va muriendo, las neuronas por las crisis mueren, entonces después la memoria se va perdiendo, y eso es lo contrario de estar bien, quiero estar bien, quiero no perder toda mi capacidad de entendimiento, y sé que es cosa de él, como los alcohólicos que uno les dice que el alcohol le va hacer mal, y vuelve a tomar, y vuelve a lo mismo, quizás es más difícil, en los alcohólicos, que tomarse las pastillas, pero yo sé que todos los días es complicado el tomarse las pastillas, cuatro pastillitas en distintos horarios, a las dos de la mañana, distintos horarios, ahora ya no son tantas, y digo si él es constante quizás le van a disminuir los remedios y a lo mejor se los pueden bajar un poco para que no tome tantos...

Camilo: Sí, pero el doctor Tomás dijo puro litio, no se porque me da más remedios...

Violeta Ortiz: Te lo dió el otro psiquiatra, porque quizás a veces los doctores hacen pruebas, también de los remedios...

Francisca Moreno: Sí, lamentablemente siempre es así, de repente pasa que no explican los efectos colaterales de los remedios...

Violeta Ortiz: Otro psiquiatra nos dijo algo de los efectos, pero muy poco...

Francisca Moreno: ¿Por cuántos psiquiatras pasaron?...

Camilo: Entre clínica, internación, y tratamiento y crisis, uno, tres, son como cinco creo...

Violeta Ortiz: Tú has tenido cinco crisis, ha estado tres veces en clínica, los psiquiatras han sido hartos, ahora es otra, y es agotador estar contando la misma historia varias veces...

Camilo: Estoy perdido como no me acuerdo cuánto si quiera tuve.

Violeta Ortiz: Es que no te acuerdas de los nombres...

Francisca Moreno: En ese sentido del que estás hablando, de la cantidad de psiquiatras, cuáles dirías que fueron algunas herramientas que te permitieron tener más información, en el fondo es para saber si la información de los especialistas era accesible o no, por qué no sé si conocen las guías del Ministerio de Salud...

Violeta Ortiz: ¿cuáles?, no las conozco...

Francisca Moreno: ¿En ningún establecimiento le dieron nada de información?! ¡¿Ningún lugar al que fui a consulta?!

Violeta Ortiz: No, aunque recuerdo que en las clínicas, yo lo iba ver solamente, no hablé mucho con las personas de ahí, yo creo que su mamá quizás tuvo más información, al doctor Retamal por ejemplo, yo lo conocí solo una vez, en otra clínica fueron agradables las personas, la psiquiatra suavcita...

Interrupción: Nuevamente entra bisabuela para preguntar algo y luego se retira.

Violeta Ortiz: ¡Ya voy mamá, espérese!, ¿a ver con respecto a las guías?, no nos mostraron ninguna...

Camilo: No, ninguna...

Violeta Ortiz: ¿Y que contienen?...

Francisca Moreno: Se les puede mostrar después, contiene mucha información, mucho texto, es impactante saber que nadie les ha mostrado las guías, las del Ministerio de Salud como que se las puedo enviar para revisarlas, pero bueno, sugiero una guía, familiar, para familiares de paciente que inicia con la bipolaridad,, si pudiera una guía que pudiera plantear de formación de buena forma, como se la imagina, información o temáticas incluiría, y

también tiene que estar orientada para la familia a nivel gráfico, a nivel de información, qué información debería tener?...

Abuela: información? Información debería ser bastante a ver, que aún no le expliquen, que es la enfermedad, de qué se trata, como varía, que va variando que puede hacer como persona y después, que pusieron ejemplos también que como me salió en esa. Revista, otras personas que han tenido esta enfermedad, y el sabido llevar bien, porque si uno lo comprende mejor, en el fondo saber vivencias personales de otras personas con ayuda empatizar, y también quiero ir a lugares como las charlas de la señora Susana, me gustó ahí ver a las personas, que tenían eso, escucharlas, a mi me gustó oír, ahora no puedo ir porque no puedo ver a mi mamá sola, ella siempre me invita, la señora Susana, Camilo eso sí me pidió que no fueron una época, pero aparte de eso ahora no tengo el tiempo y no puedo salir, por qué tengo que ver al Roly a mi mamá con mi marido, pero mi me gusta, igual que cuando en la época del rally no había los tratamientos que hay ahora, creo que si él nos hubiera tenido hubiera hablado, habría entendido más, pero no había,

Yo: sé que es complicado especialmente como me comenta con su hijo, pero crees que si hubiera algún otro método, siendo digital, una guía, considerando que hay más familias que están pasando por lo que usted pase ahora o pasaron por lo que usted pasó con Camilo, teniendo la misma situación en este momento, que crearía para ayudar otras personas, Como se lo imagina, que haría, no sólo charla, la gente necesita material, y que no sólo se ha comprado.

Camilo: ¿Cuántas personas dijiste que tenían bipolaridad en Chile?.

Francisca Moreno: Hay aproximadamente 200.000 personas en Chile que tienen diagnosticada bipolaridad, pero posiblemente 300.000 que no saben que tienen, o que podrían tener potencialmente, lo cual es complicado...

Camilo: Osea, ¿una de cada 40 personas es bipolar?, osea ¿hay un niño en todos los cursos que puede tener bipolaridad?

Francisca Moreno: Sí, podríamos decir que sí...

Violeta Ortiz: Es que a veces no se nota...

Francisca Moreno: Pero la información ¿crees que es necesaria?...

Violeta Ortiz: ¡Sí!, yo creo que sí, es necesario que se sepa, porque hay personas que son diferentes a mí, y que no van entender si no se les explica, y que no van a poder ayudar a su familia, porque no tienen herramientas, y hay gente que posiblemente tiene menos capacidad, a nivel de la pobreza, hay chicos que se crían botados, uno puede ser bipolar, hay otros niños que se arrastran por el suelo y tú has visto, y ves que la familia no toma conciencia, no tienen los medios, ni tiene nada para poder ayudar, aquí no, aquí en este caso todos nos unimos para eso, nos unimos para él, el comprender más ayuda, en el caso de la Mónica por ejemplo abre las puertas de su casa para que Joaquín vaya, y yo le agradezco, porque a pesar de que ya no es mi nuera, se lo agradezco mucho, ahora ya con la Carola también nos entendemos, hablamos, ya pasó toda la pelea, nos olvidamos de eso, ya no esta tan complicado...

Francisca Moreno: Y ¿algo visual? para ir cerrando ya la entrevista...

Violeta Ortiz: Una película, una cosa así, hay una película, ¿cómo se llama?.

Camilo: Se llama el lado bueno de la vida, ¿la has visto?.

Francisca Moreno: No la he visto...

Violeta Ortiz: La hemos visto hartas veces...

Camilo: Sale Bradley Cooper, el de sin límite o ¿qué pasó ayer?

Francisca Moreno: Tampoco le visto...

Abuela: después se las compartes para que las vea, sale también la chiquilla de los juegos del hambre, ahí en la película se acompañan, y se pelean en la clínica, se dan golpes, ahí está Robert deniro, El ver esa película ayuda a entender la enfermedad y en el caso de que la chica lo ayudo, después bailaron, en las ejercicio, un cambio en el.

Camilo: El deporte hace super bien, porque te calma las pasiones, o te sube el ánimo...

Francisca Moreno: Ya...

Camilo: Es un buen acompañante...

Violeta Ortiz: Sí, ¡ayuda mucho el deporte,! yo cuando ando depresiva voy al gimnasio, y se pasa la pena, y por último si llego llorando me abrazan y me ayuda...

Francisca Moreno: Entonces, que también está hablando de red de contención, si se traslapa este tema a nivel de contención, ¿haría algo mezclado el emocional técnico? Por qué yo creo que hay problemas en que uno no sabe comunicar, porque los especialistas no están tocando la información que ando en profundidad, están pasando cosas muy básicas, y eso se le suma también de que, hay mucho lenguaje técnico que la gente no maneja...

Violeta Ortiz: Sí, pero los psicólogos y psiquiatras son así, yo creo que no se el psicólogo, pero en el caso de los psiquiatras, saluda, pregunta ¿cómo ha estado?, ¿cómo te has sentido?, bueno, tal y tal cosa y después listo, ¿qué estás tomando?...

Camilo: Mira yo voy a hacer al psiquiatra, llega psiquiatra, dice hola ¿cómo has estado?, bueno y cuándo vas a tomarte las pastillas?

Francisca Moreno: ¿Así es?...

Violeta Ortiz: Si algo así, él ha tenido algunos momentos depresivos, bajones de ánimo,

pero ha estado bien, y le preguntan ¿qué es lo que has pensado hacer?, bueno he pensado que quiero adelgazar, él dice, y quiero entrar a esto y esto, y él dice, es que no, no se pueden hacer las dos cosas al mismo tiempo, se tiene que hacer una primero el otro después, no son las cosas tan terribles, si hubiera dicho que quiero esto, aquello, bueno, era antes hablaba de la banda, que quería la banda, y formar una banda y era lo único que quería, pero bueno, no era malo el psiquiatra, igual los guiaba...

Camilo: Él me decía que estudiara ingeniería...

Violeta Ortiz: No era malo, eso si el año pasado lo mantuvo con los remedios, porque le decía que tenía que tomárselos, para que él estuviera bien, y quería llevarlo a toda costa la clínica, yo no quería, yo lo voy a tratar, yo lo voy a cuidar, me retó, dijo que yo no me sabía los remedios, ¿recuerdas?, y yo le dije ¿cómo no me voy a saber los remedios si yo se los doy?, se los doy a mi mamá, se los doy al Roly, y los míos propios, si entonces yo le dije, que toma esto, y esto y aquello...

Francisca Moreno: Es complejo, pero si usted tuviera que darle a alguien más consejos, a otra abuelita de otro chico, ¿cómo se lo plantearía?...

Violeta Ortiz: Primero que nada con la enfermedad hay que tener paciencia, mucha paciencia, porque si no élno estaría aquí, lo hubiera dicho si no te mandes a cambiar, yo no te puedo ver, no te puedo cuidar, no puedo, yo he tenido mucha paciencia, y cariño hay que tener, los enfermos en un momento no quieren cariño, no quieren nada, pero hay que tener cariño paciencia, porque si no ¿cómo lo vas ayudar?, no se puede ayudar estando de mala, ni estando enojado, si uno tiene que entender, que es que no es que quiera tener la enfermedad, sino que la tiene, eso llegó y hay que entenderlo, llego para quedarse...

Camilo: Sabes que, los bipolares, yo creo que detrás de todo eso que les pasa, se esconde una persona terrible de colaborativa y llena de buenas intenciones...

Francisca Moreno: Creo que estoy totalmente de acuerdo contigo, y también con usted, se

requiere paciencia y cariño, información, empatía...

Violeta Ortiz: Informarse por supuesto y tratar de no meterse tanto, en mi caso no puedo tanto, pero trato, por la misma preocupación, porque en el caso de él, el estado de preocupación es constante cuando sale...

Interrupción: Llaman por teléfono y Camilo contesta, la abuela dice que si es la Mónica ella llamará pronto, Camilo corta la llamada, sale de la sala y pasa al baño.

Francisca Moreno: Comprendo plenamente todo lo que me cuenta así que debo entender, también se que falta mucho información, y falta trabajarla...

Violeta Ortiz: ¿Cómo crees que nos hemos llevado con él? ¿cómo lo hemos llevado?...

Francisca Moreno: Es una buena pregunta, primero yo creo que observando, luego, después observando y acompañando, lamentablemente es un poco prueba y error si uno no sabe, y dentro de la prueba y error tomar medidas precautorias, y dentro de las medidas precautorias también saber y aprender a identificar las cosas que van ocurriendo, para que en el fondo se pueda prevenir y él se pueda sentir mejor...

Violeta Ortiz: Claro eso es...

Francisca Moreno: y de paso también informar a la gente de alrededor para que no sea tan poco empática...

Violeta Ortiz: No, también me refiero a, ¿cómo cree que lo hemos llevado nosotros?, ¿lo hemos llevado bien, cómo crees?, ¿hasta el momento?...

Francisca Moreno: Bueno hasta el momento yo creo que lo que han hecho ustedes no lo hace cualquier familia, así que no puedo hablar exactamente de felicitaciones, pero encuentro que es una muestra de amor muy grande, osea, porque hay otros chicos que los dejan

botados, así es...

Violeta Ortiz: Él me dice incluso que yo ya tengo mucha carga, que me preocupo mucho, que tengo mi mamá, que tengo mi hijo, y que más encima tengo que preocuparme de él, a veces me dicen que se tiene que ir uno, y que tiene que ser él, pero yo digo que no, no porque si él se queda en otro lado no va estar bien, va a estar peor, así somos las abuelas, hay que saber pensar las cosas y hacerlas tranquila, porque mi nieto lo vale, es muy importante para mí...

Francisca Moreno: Entonces usted dice que se necesita inteligencia y calma...

Violeta Ortiz: Exactamente...

Francisca Moreno: Le agradezco mucho su tiempo y la posibilidad de la entrevista, me gustaría cerrar la entrevista por mientras para que pueda ir a darle once a su mamá, se lo agradezco muchísimo y si me permite cerramos ahora la entrevista, ¿le parece?...

Violeta Ortiz: Si mijita no se preocupe, es que ella no se puede acostar muy tarde, así que no se preocupe, cerramos acá no más...

Francisca Moreno: Muchas gracias señora Violeta.

Se cierra entrevista y se detiene grabación de audio.



### Entrevista Personal 3: Claudio Sanzana Pololo de paciente con TAB II

Nombre: Claudio Sanzana

Horario aproximado de revisión y confección de respuestas: 25:14 minutos

Paciente: Pololo de paciente con TAB II

Temática 1: Vivencias al inicio de la enfermedad

1) Considerando que su polola fue diagnosticada con bipolaridad, ¿podría relatarme la etapa previa a este diagnóstico? ¿cómo fue el proceso de establecer la enfermedad como bipolaridad y no como depresión? ¿cómo fueron las sospechas desde el principio? ¿cómo se fueron evidenciando?

Cuando comencé mi relación con ella, me di cuenta de algunas cosas, mucho miedo, muchas dudas y también algunos cambios de ánimo como “raros”, nunca eran ultra terribles pero ella lloraba harto y se estresaba con cosas chicas y las dramatizaba caleta. Al principio esto me llamo la atención y a pesar que no me puse pesado si me incomodó en comienzo porque yo soy súper práctico, frío y porque no cachaba la verdad. El proceso de que me contara no fue fácil y tampoco quise meterme mucho para no hacerla sentir incómoda. Yo le decía que fuera al psicólogo y me sorprendió cuando me dijo que iba con regularidad, eso nunca lo habíamos conversado con calma y sentí que no me estaba contando todo, lo cual obviamente me dolió un poco considerando que a pesar de ser frío también tengo un lado sensible con mis parejas. A los poquitos meses (2do mes o 3ero) pensé que tenía depresión pero no sabía como ayudarla y opté por ser un poquito más “amoroso” porque en sí yo no soy muy “de piel”, eso igual ayudó harto, porque ella se abrió bastante más conmigo. Después en el proceso se me ocurrió ya con más confianza hablar con su mamá, y ella me dijo “que te cuente ella”, cuando eso pasó sentí que tenía algo más serio que depresión

aunque ella intentara tapanlo. Su mamá obviamente me dijo que ella si tomaba remedios pero estaba todo controlado, pero que yo tenía que saber preguntar las cosas y ser más afectuoso. Eso no lo entendí hasta que ella habló conmigo y me contó un día que peleamos porque sentí que no me tenía confianza. Me dijo llorando que la bipolaridad de mierda no se le iba a pasar y que era algo de por vida, yo la calmé después y le decía que se le iba a pasar.

El proceso fue arduo para que confiara más en mí porque siempre me decía que vino “fallaita de fábrica” y tenía cambios bruscos de ánimo en especial en período de pruebas gordas de la U.

Sufría harto con eso ella, y las “crisis” iban y volvían, me daba pena y la ayudé en lo que pude, después caché que no dormir era terrible porque se aceleraba y después venían bajones. Obviamente como comentario desconocía su diagnóstico en comienzo y cuando me contó y confió en mí, en que la quería con sus “pifias emocionales” tuvo de mi parte comprensión y apoyo. Después con el tiempo veía de forma extraña estos desbalances emocionales y culpaba a las hormonas, después que me explicaron que esta enfermedad es hormonal supe que es algo llevable. Llevamos como 3 años y creo que el comprender es clave.

2) Con respecto a momentos complicados de la enfermedad ¿podrías relatarme algunas de las vivencias durante alguna “crisis anímica”? ¿cómo se desarrolló? ¿qué año sucedió y cómo ocurrió? ¿qué evidenciaste como “síntomas” previos a la crisis?

Mira en dos ocasiones he estado en crisis MUY COMPLICADAS, como está bien controlada con remedios nada es muy terrible por lo general salvo esas dos, así como lanzar platos, pegar combos, nada de eso (dentro de lo que había leído en internet esas cosas pasan). No sé como habrá sido antes, creo que quizás a sus familiares cercanos les tocó más difícil, en mi caso las crisis han sido “medianas” a mi parecer cuando le dan y no tan complicadas como la “gorda”. La que más recuerdo fue un día martes, me acuerdo que era martes porque la pasé a ver después de la U, y ella me avisó que la fuera a ver. La fui a ver, comimos helado y ella dijo que se sentía más sensible de lo normal, después de abrazarla le dije que hiciera zapping pillara una película y yo traía algo de la cocina, cuando estaba buscando algo en la cocina ella se puso a gritar y empezaron llantos y penas. Cuando llegué estaba llorando mucho y

estresado ví que le empezó una crisis, yo le puse empeño aunque no sabía como manejarlas. Ella cuando se calmó después de un rato (le llevé un vaso con azúcar, y la abracé harto rato para que se desahogara), dijo que lloraba por una cosa que había leído sobre niños en África, obviamente no reaccioné muy bien al inicio pero la acompañé hasta que se le pasó, tampoco la dejé sola, la acompañé hasta que su mamá llegó, ella sabía mejor que hacer.

3) Con respecto a su familia (su madre, su padre, o hermanos) ¿cómo reaccionó ésta al saber la enfermedad? ¿qué información se manejaba inicialmente a nivel familiar? ¿qué fue lo más difícil de comprender? ¿cómo fue la búsqueda de información (recurrió a internet, a especialistas, a amigos, etc)?

Primero que nada es importante decir que creo que cada familia se toma las cosas de una forma, si la familia es más fría la niega un poco, si es más emocional apaña más, mi familia estaba en un término medio porque mi mamá cachó altiro que ella tenía algo pero le dio su tiempo para abrirse. Cuando hacíamos comida familiar en mi casa era una atrocidad de estrés que fuéramos porque ella me decía que mi familia la va a correr o le va a decir que no pololee conmigo. Si para mi la enfermedad fue chocante al inicio, en el caso de mi familia se extrañaron mucho al comienzo. Como mi mamá es más empática y ella logró abrirse con ella, mi mamá le dio señales para que se sintiera en confianza y se sintiera mejor cuando iba para la casa o compartía con nosotros. A pesar que mis hermanos, mi papá, mi tía y mi abuelos no cachaban mucho, mi mamá ayudó para hacerle ver que ella era “muy sensible”, lo cual ayudo a que se adaptara mejor. Todos la aceptaron igualmente y el proceso hasta ahora es cuidarla y tirarla para arriba.

Mira con respecto a la información, es escasa a nivel “fiable”, en mi caso nunca encontré ninguna guías de “autoayuda” que permitiera mayor información para aplicar. Me las batí con internet en comienzo aunque mi primera idea de la bipolaridad es alguien que está feliz y triste y cambia muy rápido, y claramente es harto más complejo que eso, es complicado también que todos asuman que es una enfermedad y no un acto de inmadurez, a mi me pasó un poco eso. También debo decir que en el caso de mi casa también se informaron por

internet, especialmente mi mamá y yo.

4) ¿Cómo fue anímicamente? ¿cómo crees que se sintió tu polola?

Pfff... en todo el proceso fue una especie de evolución entre pena, impotencia, rabia, obviamente me sentí muy mal en ocasiones, de repente a uno con la bipolaridad se le va la lengua, con mi polola pasó eso.

Esas cosas te hacen sentir mal, el tema de la ganada de confianza también es paulatina y eso ayuda a que la relación se fortalezca. Puedo decir que con el tiempo la enfermedad se acepta y se respeta.

Yo en mi caso trato de ayudar para evitar las crisis la cateteo con los medicamentos, que duerma bien, que no se exponga a cosas muy fuertes anímicamente y por sobretodo que no tome porque le hace pésimo, lo bueno es que ella con apoyo lo ha internalizado y se cuida más. Creo que ella también sufre harto aunque hay momentos en que ha sido apática con toda la situación y eso me hace enojarme un poco aunque se que es un estado de la enfermedad.

## Temática 2: Proceso de las “Crisis anímicas”

1) Podría describir a su percepción cómo se desarrolla una “crisis anímica”, un “bajón anímico”, una “euforia anímica”.

Las crisis anímicas que yo he presenciado (salvo las 2 peores) se reflejan en cambio drástico de la actitud de la persona (se pone a llorar de la nada y no para de hacerlo o se enoja y recrimina cosas de forma inmadura) y también aflora especialmente en períodos más depresivos, por sobre todo el desánimo de hacer cosas relacionadas con alguna actividad ya en proceso.

Por ejemplo ver una película, no la termina. Se enoja o se pone muy sensible, y de un momento a otro no quiere hacer nada más y quiere acostarse a dormir y no terminar lo que estaba haciendo.

2) ¿Cuáles cree que son algunas de las vivencias más complicadas en te ha tocado apoyar a tu polola durante una “crisis anímica”?

Lo más difícil que me ha tocado contener en una crisis es un Intento de suicidio, es doloroso recordarlo pero fue eso.

Temática 3: Proceso de “contención” de una “crisis eufórica” / “bajón anímico”

1) ¿Cuál cree que es la mejor forma de contener una “crisis anímica”, un “bajón anímico”, o una “euforia anímica”, ¿cree que existan “tipos de contención” (puede mencionar alguna)? ¿es difícil apoyar a su familiar en estos momentos? ¿su familiar permite el acercamiento?

La mejor forma de contener una crisis es sin duda dormir, es buena opción porque baja la aceleración y las revoluciones en aumento, también ayuda tomar algo de forma lenta un té o agua con azúcar, y la iluminación baja, he notado que las luces de neón aceleran y la ponen muy irritable, creo que los estímulos muy fuertes hacen que las crisis se hagan más notorias y más seguidas, lo que no es bueno. También el cariño físico y contacto, ser de piel ha resultado bueno para el acercamiento y el sentimiento de protección ayuda a la contención. Aparte de eso no sé que más decir, desconozco tipos de contención y no he encontrado en libros donde se hable de algo parecido y creo que debería existir. También a eso se suma que a veces en el caso de las crisis más complicadas como la que comenté arriba y que no quiero recordar, es muy difícil tomar decisiones, no sabes que hacer, tienes que cuidar hasta lo que vas a decir sino puede quedar la embarrada. Y por sobretodo tienes que saber acercarte, tengo suerte porque siempre he podido calmar acercándome.

2) ¿Qué medidas (o herramientas) ha tomado para ayudar a su familiar en momentos más complicados?, y también ¿qué medidas precautorias se han tomado para ayudar en los síntomas de inicio de una “crisis anímica”?

No sé si tengo todas las herramientas pero siempre en momentos complicados siempre he buscado y tratado de estar para ella, no dejarla sola. También he tratado de estabilizarla en los períodos complicados con palabras de cordura y calma y con el afecto físico. Creo que el ser afectuoso es buena herramienta, considerando que solo me he informado por internet y no conozco ni a su psicólogo ni a su psiquiatra.

3) ¿Cuál cree que podrían ser los síntomas que presenta una “crisis anímica” a modo físico de su familiar y también de forma emocional de su familiar? ¿cómo es percibido por la familia?

Los síntomas son básicamente a mi percepción un cambio radical en la toma de decisiones y con respecto a lo que lo rodea, puede considerar y sentir lastima por una persona que no conoce pero que de todas maneras le afecta. En estos casos la sensibilidad es complicada si no la sabe llevar, por lo general en mi caso he ayudado a que esa sensibilidad que aflora como estado depresivo no la bote para abajo.

En el caso de su familia y el mío todos esperamos que no haga acciones de las cuales se arrepienta después por tener una crisis, pero solo sirve estar para ella, ella a pesar de las crisis no pierde su raciocinio, y son pocas las veces en que ha hecho cosas realmente horribles como en el caso que mencioné arriba.

Temática 4: Informarse sobre la enfermedad

1) ¿Cuánto cree que sabía su familia en comienzo sobre la enfermedad? ¿cómo y qué

escucharon para informarse (fue de familiares cercanos, internet, amigos, especialistas, etc)?

En el caso de mi familia nadie sabía nada antes de que me pusiera a pololear con ella. Yo tampoco supe hasta ese momento lo que era la enfermedad, lo único que comprendíamos se forma burda antes es que “bipolar” es andar feliz y después triste. Nadie te dice que es más complicado que eso, también considerando que mi pololeo avanzó, ese desconocimiento de mi familia se quebró con mi conocimiento del tema que fue paulatino, lo cual hizo que también mi mamá se acercara al tema.

2) ¿Encontró mucha o poca información (guías, libros, etc)? ¿Fue clara de entender? ¿logró aplicarla? ¿cómo cree que sería más fácil de entender?

Busqué en inicio mucha información en internet, había de todo un poco, clara y no clara, fiable y no fiable, pero todo muy a trozos y desordenada, no encontré nada sobre contención y lo que encontré era información más lógica que nada, en donde he aplicado cosas como el sueño, evitar la aceleración, etc.

Si bien no he encontrado muchos libros, quizás hallan buenos, lo que sí creo que la enfermedad merece más búsqueda para su cura que para contenerla. Debería haber una forma de curarla.

#### Temática 5: Tiempos de la enfermedad

1) Podría mencionar en cuanto tiempo puede desarrollarse un “bajón anímico”, alguna “crisis anímica” y ¿en cuánto tiempo puede “se contenida” esta situación? Y ¿cómo la familia reacciona en un tiempo aproximado?

No sé como será el caso de otras personas, pero por lo que me han contado durante el proceso depende de la persona, puede durar días o horas, dependiendo de la situación que se

ve afectada por distintos factores que son particulares de cada caso.

2) En ¿cuántos años o meses demoró el diagnosticas la enfermedad?

La verdad lo desconozco.

#### Temática 6: Roles familiares:

1) ¿Cuan importante es su familia para la contención de su pareja en momentos de “bajones anímicos” y “crisis anímicas”?

Como pareja de una persona con esta enfermedad, considero que es muy importante mantener siempre a vista gorda las acciones que hacen, uno nunca sabe de lo que son capaces de hacer. Considerando que la enfermedad bien controlada es algo llevable, creo que se requiere contención por sobretodo tanto de la familia nuclear como de no familiares, esto puede llevar a evitar las crisis mediante “el sentirse protegido”.

2) ¿Cuáles cree que son los roles más fundamentales (sus padres, ud., los amigos de su familiar)? ¿y por qué?

Su familia porque viven con ella, la apoyan, le ayudan con el tratamiento, ven costes médicos, y están conviviendo con ella constantemente. Por lo que he visto eso sí en el caso de ella les cuesta entender al 100% la enfermedad (me contaron que la negaban) pero le hacen el empeño. Son creo que la red de contactos más íntima en primera instancia.

En el caso de los amigos cercanos, ellos por lo general son la red de contactos cercana que comparten intereses en común y que por lo general al tener la misma edad tienen un nivel de paciencia para entender las cosas. Mi polola tiene un par de mejores amigas que también la han ayudado durante el proceso, aunque ellas tienen empatía porque las 3 se conocieron

en terapia. Yo por último me considero una persona que la quiere mucho y que aparte de apoyar es confidente luego del proceso de creación de confianza y sé que ella confía en mí, a pesar de que cuando le da la rabia dice cosas más tristes, se que es la enfermedad y no es ella, y yo la quiero y por eso quiero apoyarla.

3) ¿Cuánto ha influido la enfermedad de forma directa o indirecta en las relaciones familiares considerando que su familiar requiere posiblemente más contención emocional?

La enfermedad influye de mala forma en externos y quizás para bien en internos. Desde mi percepción me refiero primero por ejemplo a que en el caso de mi pareja su relación familiar mejoró ligeramente porque todos están más pendientes de ella y ella se siente más querida y con más atención, lo que sí esto genera sobreprotección, en el caso de una de las crisis más grandes en la que no estuve, ella quedó con cuidadora lo cual es complicado porque no todos entienden eso. Lo que comento trae cosas buenas y malas, a nivel familiar el apego es mayor pero la sobreprotección a veces se dispara y se sale de control, a eso también me sumo porque igual la sobreprotejo un poco. La relaciones también por estado de ánimo cambian de un día para otro si ella está de buenas o de malas. Y para que decir para círculo de contactos externos, esto todo es para peor si la gente no está “sensibilizada”, algunos consideran que la bipolaridad es una inmadurez o estupidez, yo la verdad creo que es algo complicado que debe llevarse bien y con cuidado, también creo que la contención emocional bien llevada es algo bueno aunque la familia lo comprenda, gente externa va a discriminar porque no entiende nada.

# 03. Revisión de Contenidos

## Entrevista Revisión de Idea y contenidos: Especialista Felipe Leddermann Psicólogo tratante de trastorno bipolar

Día: Jueves 25 de Agosto del 2016

Lugar: Consulta particular

Duración: 25:41 minutos

Francisca Moreno: Hola Felipe, ahora vamos empezar la entrevista, ¿empezamos?

Felipe Leddermann: Sí, comencemos...

Francisca Moreno: Bueno Felipe, como sabes que estoy trabajando con material Psicoeducativo sobre bipolaridad, quería pedirte algún feedback con la idea que tengo en mente, te explicaré más o menos mi proyecto y me gustaría saber qué opiniones tienes con respecto a este...

Felipe Leddermann: Cuéntame un poco de que trata..

Francisca Moreno: Yo en algún momento te comenté Felipe, que básicamente la información considerando que ya fui a entrevistar a personas que tienen bipolaridad y a sus familiares, fui a charlas y te mostré también las guías que analice, las Minsal, auge, etc y llegué a la conclusión básicamente que las temáticas más importantes se dividen en dos periodos cruciales que son contención y prevención, ...necesito saber si estás de acuerdo con esto que te voy a plantear, y dentro de esto también llegué a los ejes que son básicamente la información científica que sería lo que hablamos de tratamiento farmacológico, el tratamiento de..., todo el funcionamiento de las neuronas, como reacciona el cuerpo ante ciertos estímulos, la información emocional que está relacionada con lo que contiene la crisis, como estuve revisando hay dos tipos de crisis, está la crisis eufórica y está la crisis depresiva...

Felipe Leddermann: Sí esas están...

Francisca Moreno: La cosa, es que para ambas, ahora te pongo un ejemplo, por ejemplo de la crisis depresiva, pero es básicamente que el padre sepa cómo reaccionar ante que el hijo se quiera suicidar, ejemplo o si le da un ataque de pánico, o cualquier reacción negativa a nivel depresivo..., y que también lo he hablado con la especialista Fabiola en otra entrevista, que el tema de los cuidados alternativos, donde entra el deporte, la alimentación, iluminación baja, la idea básicamente es que quería hablar contigo, porque quiero preguntarte, ¿qué opinas con respecto a tener una página web completa?, en qué sentido...

Felipe Leddermann: Sí, continúa...

Francisca Moreno: Te lo digo por ejemplo de que yo al levantar información encontré distintos núcleos de familiares que rodean a pacientes, bipolares, el núcleo más cercano, que puede ser la abuelita, la mamá, hermano, los vecinos, las personas que se hacen cargo de él, en ese sentido, ¿qué opinas tú con respecto al implementar una página web?, que incluye de cierto modo historia personal aplicado como si fuera un diario de vida, que puede ser el personaje, pero que este paciente en inicio, pueda contar su experiencia interna y que pueda contar cómo se siente la mamá, que reacciona de tal forma, cómo reacciona el papá de tal forma, y como esta información general puede generar relación con el concepto de contención y prevención y que al mismo tiempo en la contención se abarquen los tres ejes anteriores, que te conté, que son básicamente lo científico, lo emocional, y la línea de cuidados alternativos y se me había ocurrido también, para hacerlo más cercano, porque no está trabajado mucho el tema de imagen gráfica y narrativa, trabajar con ilustraciones con microcuentos que también permitan que los pacientes y las personas se sientan identificadas, y que éstos puedan generar mini fichas y que estas fichas puedan tener información y tips, en qué sentido... saber cómo reaccionar ante una crisis de tal tipo, y como debería reaccionar la mamá, como debería reaccionar el papá, etc. ¿qué cuidados debe tener? y en el fondo que pase lo mismo con la prevención, y que aparte de que se aborden todas las temáticas, que esta página web abarque un hilo conductor para unir todo este sistema...

Felipe Leddermann: Pero ¿está orientado a sólo familiares?, ¿cierto?, ¿todo esta página está orientada familiares?.

Francisca Moreno: El usuario primario sería el núcleo familiar...

Felipe Leddermann: Sí, muy bien, es muy buena idea, es una excelente idea, porque en realidad lo que más ayuda en el trastorno bipolar es la contención familiar, ya que el bipolar tiene siempre la sensación, de sentirse muy extraño con esta enfermedad, en general la gente tiende a calificarla de forma negativa, entonces, si él es contenido por la familia... la familia ayuda mucho en como es el trastorno, y ayuda con cosas más puntuales, dentro de la historia, saber lo que le pasa, me parece excelente idea, en la prevención tengo una duda, ¿por qué la prevención?, es difícil que la persona pueda prevenir algo...

Francisca Moreno: Se me olvidó mencionar que me refiero a los síntomas más que nada, más que el diagnóstico...

Felipe Leddermann: Ahhh, okay...

Francisca Moreno: Me refiero aquí, por lo que yo estado estudiando y me ayude la especialista Fabiola, síntomas para cada, por ejemplo si aún no le va a dar una crisis, lo que yo entendí, crisis eufórica, hay que ponerle ojo a la aceleración, aquí empieza ordenar más la pieza, de que empieza hablar más rápido, de que empiece interactuar con más gente, todos esos cambios, pueden ser considerados síntomas, para...

Felipe Leddermann: Perfecto ahí si lo comprendo...

Francisca Moreno: Para que esta crisis se manifieste...

Felipe Leddermann: Ya...

Francisca Moreno: Bueno y también por lo que me comentó un chico en una entrevista con su abuelita, no sé, hablaron de subir la dosis de remedios que le dijo el psiquiatra...

Felipe Leddermann: Sí, muy bien pensado, si, yo creo que, en ese sentido de prevención funcionaría, yo pensaba en términos de prevención diagnóstica...

Francisca Moreno: No, ya que es obvio que no se sabe si va a aparecer o no...

Felipe Leddermann: Entonces es sintomatológico, es para que la familia sepa que ese es el síntoma, me parece muy buena idea, los pacientes tienen más en el cuadro, mucho menos la hipomanía, porque el bipolar tiene un cuadro Hipomaniaco, pero aún así de todas maneras, además debe dar una indicación de esos síntomas, ya que la mayor cantidad de los síntomas deben estar orientados a la instancia depresiva, porque el bipolar tiende mucho más a deprimirse que a estar en estados más eufóricos o maniacos, y me parece que sí sería un gran elemento, y si la familia creo que las primeras veces te lo dije, la familia es algo, una contención emocional, que hace que el paciente, tenga la sensación de sentirse muy contenido, y no se sienta, distinto de los demás, que entienda que la familia entienda que, no deben tratarlo exactamente igual, sólo que deben tomar en cuenta ciertas cosas, cosas personales, pero no una suerte de compasión, o una suerte de frustración, relegarlo familiarmente, yo lo encuentro muy buena idea, me parece genial, lo único estos tips, si generan historias ¿en qué sentido le indicarías a las personas que están leyendo?

Francisca Moreno: Es que la idea que yo pensaba es, es que en la página web esté a nivel historia del personaje como diario de vida de prevención y contención, en ésta se abarcan dos personajes o más, aún eso no lo tengo resuelto, pero por ejemplo, con este personaje, sucede una prevención y contención, y ahí habría que ver un medio que por esta colección de cuentos, sucede prevención y contención, y ahí ver un medio que por esta colección de microcuentos se vean más detalles.

Felipe Leddermann: Sí...



Francisca Moreno: Se podría, abarcar en etapas, no sé, por ejemplo las etapas de contenciones, contención de abrazo por ejemplo...

Felipe Leddermann: Sí perfecto...

Francisca Moreno: Y ¿qué se muestren tips me refiero a, esto se debe hacer de tal forma, se debe hablar de forma tranquila, etc...

Felipe Leddermann: Eso me parece muy buena idea, porque está, porque de ahí podrías tener dos tipos de tips, los conductuales, y los que son emocionales, conductuales es cuando la persona se maneja en hechos concretos, en acercarse a la persona, decirle tal cosa, y lo emocional tiene que ver con la manera en que uno expresa emocionalmente lo que le está pasando al paciente, para definirlo en dos, conductuales y emocionales, esto que dices tú, el como acercarse, si el momento el paciente ves que está solo en la pieza, y está muy retraído, y lleva días sin comentar algo en la página, por ejemplo y alguien le pregunta ¿cómo has estado entonces?, sería conductualmente acercarse, verlo, si está en la pieza, si tiene algún familiar que lo vaya ver, dejarlo que se acerque, que vaya la casa, son cosas de índole conductual más que emocionales, usando estos dos tipos, podrías definirlo con un psiquiatra, que podría mencionarte otras cosas, que aborde más que lo psicológico también el área de lo conductual, y los estados emocionales, que son prioritarios, hay tips que por supuesto y los puede profundizar el psiquiatra, ellos te pueden ayudar con el tema farmacológico por ejemplo, si siente que algo farmacológico hay que modificar, pero me parece una muy buena idea...

Francisca Moreno: ¿Cómo la modificarías para que se pudiera hacer más entendible?, ¿se entendió bien todo lo que te mostré?...

Felipe Leddermann: Sí, se entiende bien, quizás...

Francisca Moreno: ¿Qué información crees que es importante colocar en cada ficha, por

ejemplo yo estoy imaginando por tiro y retiro una ficha, que pensaba que se podría dejar en los COSAM por ejemplo es un idea, es por ponerte un ejemplo...

Felipe Leddermann: ¿En el COSAM, de atención primaria?, pero esto, esto es interno, la persona que acceda a esta página web, ¿es una página que va a ser sólo de esa familia?

Francisca Moreno: Yo estoy hablando, todo esto es a nivel narrativo y literario...

Felipe Leddermann: Ahhh...

Francisca Moreno: Todo esto es a nivel narrativo, no es como en vida real, es una adaptación como te había hablado, de los personajes que se dieron en las entrevistas, diseñar especies de arquetipos, y mostrar una forma a este un protagonista, o estos protagonistas y a estos familiares, hablando de las distintas vivencias para hablar de prevención y contención, y ¿qué te parecen los mini cuentos de los tres temas?...

Felipe Leddermann: Ah, perfecto, yo pensé que era una página que de verdad iba a funcionar...

Francisca Moreno: Osea, la idea es que funcione y hacerla...

Felipe Leddermann: Pero te digo que es una buena idea y más si es más global...

Francisca Moreno: ¿Sí?...

Felipe Leddermann: Sí por supuesto, eso es lo que yo entendí al principio, eso me tincó mucho...

Francisca Moreno: ¿Lo de incluir personajes arquetípicos?

Felipe Leddermann: Claro, pero que fuera una página de verdad en que, la familia, te

voy a poner un ejemplo yo tengo aquí un bipolar, entonces le digo mire aquí hay una página, donde usted se puede meter, y le digo que, conversando con la persona que tiene el trastorno, ¿qué personaje le gustaría que se enterara de su situación?, y que participara de esa dinámica, entonces las personas podrían ingresar papá, mamá, papá, hermanos, tíos y abuelos que sean más cercanos, las personas, no cercanas al paciente índice, como se dice... quisieran que participarán de esta instancia, y que estuvieran, que fuera algo interactivo, que pudiese escribir ¿hola cómo estás?, pensé que esa era la idea original, pero estaba pensando en otra cosa, la idea que tú dices en términos narrativos, de que a las personas se les vaya entregar eso, en términos narrativos es...

Francisca Moreno: Sí, los personajes como en historia, tienen edad, también hay que bajar el personaje de forma psicológica...

Felipe Leddermann: Ahhh...

Francisca Moreno: El personaje, yo con mi proyecto haciendo las entrevistas descubrí, que a la gente no le gusta mostrar su identidad, ¿me entiendes? eso se vio como segunda parte de la investigación del proyecto, las personas, la idea es convertir la página como algo informativo, en donde tú puedas descargar estas guías-cuento...

Felipe Leddermann: Ahh perfecto ahora me queda claro...

Francisca Moreno: ¿Y crees que es una buena idea que se podría implementar?...

Felipe Leddermann: Sí, claro, es buena idea, sobre todo la historia, ya que en la historia puedes dar a entender cómo se conforma el cuadro...pero hay que ver contenidos de forma profunda, especialmente en...

Francisca Moreno: ¿Lo dices por etapas?, ¿algo como en forma lineal?....

Felipe Leddermann: Sí, el contar una historia importante...

Francisca Moreno: ¿Sí?...

Felipe Leddermann: Sí, porque contar la historia de un paciente, que ha tenido vivencias, que ha tenido ciertos contextos sociales, porque puedes contar distintos tipos ahí, en el fondo porque los bipolares son todos distintos, en el fondo, pero hay patrones que se repiten, y estos puedes especificarlos, entonces así la persona que lea, va a tener una idea, se va hacer también una mejor idea cronológica de cómo es el cuadro, y como debe enfrentarse... eso, dado en estas guías o instrucciones, que pueden darle, esto desde un punto de vista emocional, me parece genial, es buen idea aunque en la atención primaria, la atención primaria habría que verlo...

Francisca Moreno: La idea era de que, de alguna forma se puedan generar links, con distintos lugares de difusión sea una forma de acercar la información, lugares con psicólogos, el COSAM, etc...

Felipe Leddermann: Sí...

Francisca Moreno: Lo que yo he visto dentro de todo el estudio anterior, era de que hay poca accesibilidad y difusión de información de psicoeducación para TAB...

Felipe Leddermann: Sí, es verdad...

Francisca Moreno: En cambio una página web, es más fácil de poder...

Felipe Leddermann: Sí, a eso es fácil llegar...

Francisca Moreno: Y también la información siempre está desordenada, y es mejor ordenarlo por fichas creo, y creo que puede resultar...

Felipe Leddermann: Sí, en atención primaria creo que ahí tendría que pensarlo, habría que verlo, pero en atención secundaria, y en las consultas privadas, creo que sería muy bueno, eso me tinka hartito con la atención primaria es sólo porque el acceso internet o las páginas puede ser muy complejo, sólo a menos que, no sé, que lo tuvieras en una, en una pantalla, que publicaras en una pantalla, no sé...

Francisca Moreno: ¿Y afiches base?...

Felipe Leddermann: Así que podría ser, sí, un afiche podría ser, pero en términos de nivel secundario de atención, y de atención privada me parece bastante bueno, porque uno podría darle el paciente esta descripción, y podrías pasarle al paciente, mira métete en tal página, se lo puedes mostrar a tu familia, y decirle a la familia que busquen información ahí sobre cómo es el manejo, las historias hay que armarlas muy bien, cómo...

Francisca Moreno: ¿Cómo crees que sería la mejor forma de armarlas?...

Felipe Leddermann: Las historias hay que armarlas muy bien, en términos de estas cosas que te digo yo, como la cronología, como el paciente va cambiando, emocionalmente, que hitos se van cumpliendo, en el paciente, porque saber, voy a inventar, pero su parte, hay un paciente, paciente ya diagnosticado, que inicialmente en el colegio, en era alguien que estaba muy, muy avocado a tener buenas notas, a estudiar, se quedaba toda la noche estudiando, y era muy competitivo, y dejaba hacer ciertas cosas, que es algo que se espera entre los 14 y los 16 años, o 15 años, el que vaya fiestas, y el que se dedica mucho a estudiar, estudiar estudiar estudiaba, se quedaba horas, estudiando y yo para el ir una vivencia normal, entonces ahí ya tienes un antecedente previo esto, también puedes hablar de la universidad, y que entra y tuvo un cambio muy rápido, que si en el colegio no tenía muchos amigos, al entrar universidad y se volcó y empezó a carrear, y se pasa las noches carreando, y entonces luego empieza tener una historia, en qué cambia violentamente algo del personaje que tú estás narrando, allá tienes un tipo personaje bipolar por ejemplo, que después terminó la universidad después se pone a trabajar, se convirtió en un tipo formal, nuevo, trabajólico, y se mete grandes proyecto y de repente empieza a gastar plata inconmensurablemente, y ahí

se da una...

Francisca Moreno: ¿Se da una?...

Felipe Leddermann: Se da un, ahí se da un pick fuerte, por ejemplo se puede contar ese tipo de historias, de que la historia te va a dar a ti y a los familiares el cómo entender eso...

Francisca Moreno: ¿Te puedo hacer una consulta?... ¿harías, varios personajes y tipos de familias, personaje uno, personaje dos, personaje tres, con paciente uno, paciente dos con personaje uno, 2, 3, ¿cómo harías una familia con las distintas cosas?, ¿trabajarías con distintos personajes y distintos núcleos familiares?

Felipe Leddermann: Distintos personajes, familiares, más distintos personajes con trastorno bipolar, porque...

Francisca Moreno: Pero me refiero a ¿qué harías?... harías a la abuelita de Pepita, por ejemplo, que tiene bipolaridad, y la historia de Pablito que tiene bipolaridad... ¿crees que sea bueno?

Felipe Leddermann: Ah, claro, sí, pero lo interesante es el paciente, ya que la familia lo que tiene que entender es la historia del paciente, la ayuda está en la comprensión que tiene la familia de cómo manejar esa situación, que es algo que siempre se va a suceder, lo importante es sensibilizar, a la familia, esa es la ayuda y el impacto real que va tener, porque las personas cuando se metan a la página, le puedes decir a los demás y a su familia, mira sabes que, si no entiendes algo de lo que me pasa quiero que tú veas esto, el familiar que es más directo, qué se yo, el papá la mamá, la persona que tiene más cerca, y contarle y generar 1° de sensibilidad, y de comprensión, entonces si les presentas una historia, y un personaje, como se presenta una idea sobre la persona con bipolaridad, puede entender más, y cuando tú les muestras historias y tienen un patrón, que es parecido, es más fácil comprender de qué se trata...

Francisca Moreno: Mmm...

Felipe Leddermann: Porque cuando te cuentan la información solamente una vez...

Francisca Moreno: No te acuerdas de todos los detalles...

Felipe Leddermann: No, tú te puedes hacer, puedes extraer algo de una historia, cuando te encuentran varias veces una historia que tiene un patrón que se repite, es como, no sé, podría ser como, como una especie de fábula, ¿me entiendes?, en donde extraes un mensaje, para poder captar, algo que se encuentra siempre en un estado de historia, pero que debe extraerse, desde lo medular, en ese sentido, me refiero, a que uno podría, claro como establecer...

Francisca Moreno: Ahh, contenidos más fáciles...

Felipe Leddermann: Sí, y generar tips en términos de estos dos que te digo yo, conductuales, ¿cómo proceder?, y emocionales también,

Francisca Moreno: Eh, que buena idea, tengo una última pregunta duda, después en otro momento también te pido ayuda para más contenidos...

Felipe Leddermann: Sí, no hay problema...

Francisca Moreno: Pero el tema de científico, emocional, y alternativo, podrías decirme, como tips que te imaginas de cada uno por ejemplo...

Felipe Leddermann: Científico no...

Francisca Moreno: Científico me refiero a...

Felipe Leddermann: Ahí va a costar más...

Francisca Moreno: Me imagino por ejemplo no sé, el tema farmacológico, ¿crees que sea necesario, no sé, hablar de los remedios, o hablar de cosas puntuales?, ¿cómo ayudan?, algo así, porque los fármacos son muy importantes, y derrepente la gente no tiene idea para que sirven...

Felipe Leddermann: Ahh bueno sí...

Francisca Moreno: Puede ser quizás para dar datitos de cada remedio...

Felipe Leddermann: Sí, para comprender pero tienes que tener en cuenta...

Francisca Moreno: Sí, la medicación...

Felipe Leddermann: Sí, pero no para, es que ahí es muy...

Francisca Moreno: ¿Puntual?...

Felipe Leddermann: Es porque cuando ocurre, quizás en ese caso los psiquiatras te pueden ayudar más, ellos te podrían ayudar con más información, información que podría ser...

Francisca Moreno: Sí, tengo que hablarlo...

Felipe Leddermann: Si tiene que ser mucho más científico justificado, y lo emocional tiene que ver con el estado de contención, no se me ocurre definición exacta en este momento de tip pero, lo emocional tiene que ver todo con la ayuda de la persona, de atenderlo, o tú puedes reconocer el personaje también, porque hay personas que son mucho más dadas a contención emocional más corporal, que otras personas que son mucho más distantes, hay otras personas que tú puedes ser mucho más lúdico, o con humor, hay personas que son mucho más resentidas con el humor, entonces tendría que conocer a la persona, supuestamente la familia va a conocer a la persona, y uno podría dar datos a nivel de ese ese orden...

Francisca Moreno: ¿Y alternativo? Yo estuve estudiando, y es básicamente la alimentación, el ejercicio...

Felipe Leddermann: Sí, todas esas, todas aquellos tips que tengan que ver con establecer, ciertas...

Francisca Moreno: ¿Rutinas me imagino?...

Felipe Leddermann: Exacto..., el uso de rutinas y cierta sistematización, de vida, porque, si tienes con que regular, puedes regular metabólicamente a la persona...

Francisca Moreno: Perfecto.

Felipe Leddermann: Así, sería...

Francisca Moreno: Ahh orgánicamente estás hablando...

Felipe Leddermann: Sí, es que si tú duermes bien, el hecho de dormir bien, el proceso, interno que tienes metabólicamente se regula, la cantidad de horas luz, de día, la cantidad de tiempo que duermes, la forma en que te alimentas, la forma en que haces un deporte, tiene cierta actividad, regula todo también, el cerebro es una, de alguna forma es el regulador de todo el estado corporal, y si tú tienes eso regulado puedes regular mucho...

Francisca Moreno: Te hago la última pregunta, y cerramos...

Felipe Leddermann: Te escucho...

Francisca Moreno: Es con respecto a las crisis porque está la crisis depresiva y la crisis eufórica o crisis de manía, que son las más complicadas, ¿tú crees que sea necesario también,

abarcar, ver los errores que se tienden a cometer?, lo digo por ejemplo que me pasó que entrevisté a una chica, y habló de que los papás reaccionaron de forma agresiva cuando supieron y la vieron en ese estado en una época, y el ponerse agresivo no ayuda en la situación, de una crisis de manía por ejemplo...

Felipe Leddermann: Ahh..

Francisca Moreno: ¿Cómo abarcarías ésta?.

Felipe Leddermann: Sí, también sería bueno, decir que cosas no son buenas, o sea no que no hacer, que no hacer, no hacer esto, hacer esto esta forma, hacer esto porque es lo más adecuado, y qué cosas son adecuadas o no se deben hacer, es buena idea, eso también me parece buena idea...

Francisca Moreno: y lo último último, ¿tratarías ambas crisis verdad?...

Felipe Leddermann: Sí, así las crisis, en general como te digo, las crisis pasan mucho más tiempo en estados depresivos, pero también los hipomaniacos y las maníacas... son muy evidentes, pero las hipomaniaca se podrían abarcar de una forma, emm..., debería haber una forma de poder abordarlas, creo que en las crisis hipomaniacas...

Francisca Moreno: No se comprende mucho...

Felipe Leddermann: No, no se comprende mucho y pasa muy piola, pero si tú tienes cierto conocimiento, si la familia tiene cierto conocimiento, del comportamiento y conciencia de la normalidad del paciente, algo que sobresalga o salga, un poquito ya puede darle luz a la familia de que hay que poner atención en ese evento, entonces es como que tú les dijeras, a la familia, le dijeras, haz una lista de las cosas que, que la persona, que el paciente hace regularmente, ya perfecto, se levanta en la mañana, se ducha, toma un desayuno más o menos

abundante, sale a trotar, después se va al trabajo, pero si bien, en la mañana, al día siguiente, se despertó y en la mañana tomar desayuno, se va temprano, y se pone a trotar para hacer ejercicio tres horas y después va el trabajo, entonces ya hay algo extraño...

Francisca Moreno: Sí, ahí ocurre algo extraño...

Felipe Leddermann: En la regularidad, que tiene el paciente, que eso tiene que ser abordado por toda la familia, entonces uno podría establecer, hay algo aquí, algo me está indicando, algo está saliéndose de la rutina, o está durmiendo mucho, oye duerme mucho, o anda muy irritable, y todo le molesta, siendo que ayer andaba con buen ánimo...

Francisca Moreno: Entonces tienes razón, y la familia con estos pequeños tips podría tener...

Felipe Leddermann: Sí, más apoyo informativo...

Francisca Moreno: Ciertos indicadores, cierto, eso puede ser, trabajar con indicadores...

Felipe Leddermann: ¡Sí!, trabajar con indicadores, pero teniendo en cuenta, y pondría como tips ahí, que en el fondo, establezca a la familia información relevante, ejemplo, haga un listado de las cosas regulares que hace el paciente...eso puede funcionar, usar indicadores...

Francisca Moreno: Perfecto...

Felipe Leddermann: Que la familia cuando vea la página, ya, tiene que saber la historia del paciente, de que la historia es así, y tenemos un patrón regular que es cuando empieza variar, entonces cuando aborde la página ahí como instructivo establezca, las regularidades del comportamiento del paciente, la familia tiene que saber que observar a partir de los tips que son importantes dentro de los micro cuentos...

Francisca Moreno: En este caso se podrían incorporar ejercicios, y cómo aplicarlos...

Felipe Leddermann: También...

Francisca Moreno: Es interesante...

Felipe Leddermann: Eso también sería bueno, eso también podría ser una buena instancia de aprendizaje para la familia.

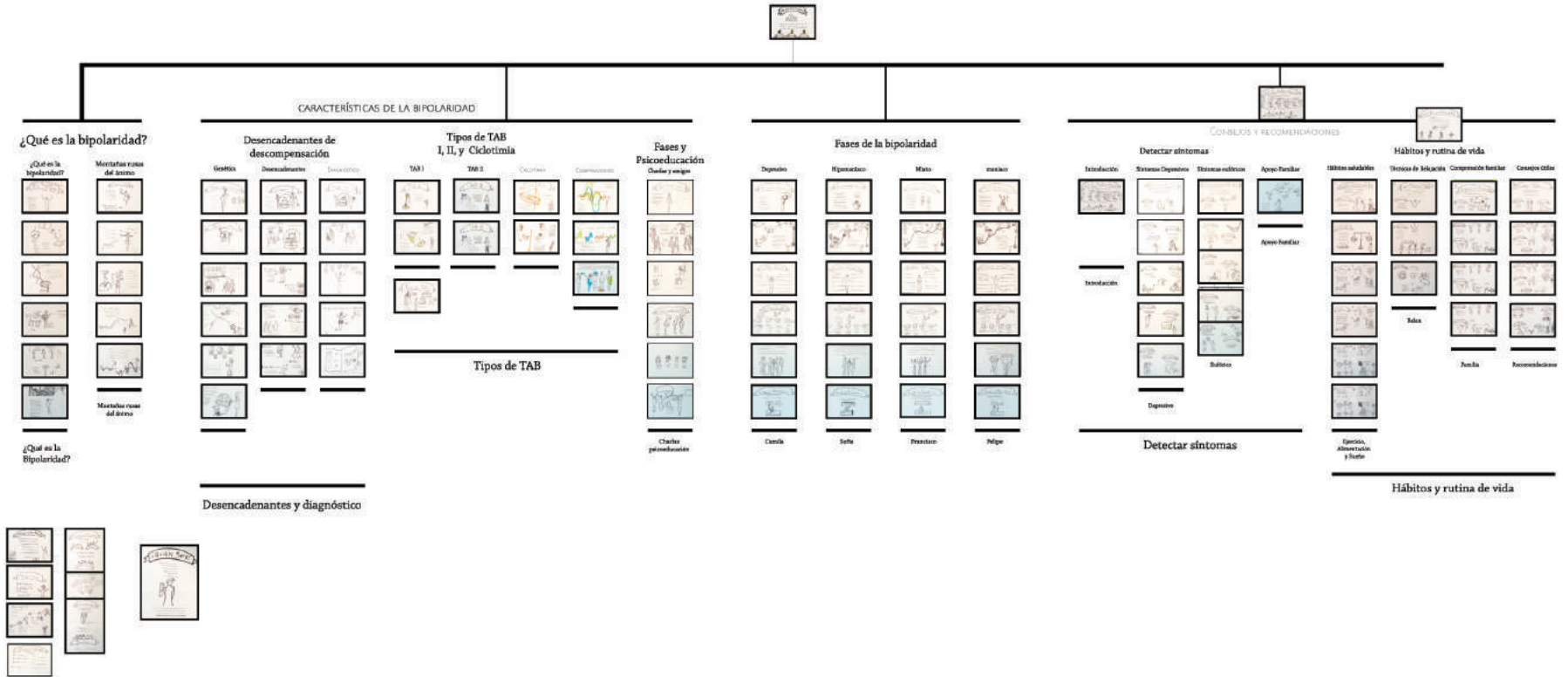
Francisca Moreno: Te agradezco mucho el tiempo para responder mis preguntas sobre el proyecto gracias por tu tiempo y esto va servir mucho para el desarrollo y proceso, muchas gracias...

Felipe Leddermann: De nada, no te preocupes...

Francisca Moreno: Muchas gracias por tu tiempo...

En ese momento se detiene el iPod y la grabación de entrevista se termina.

# 04. Storyboard





# 05. Cotizaciones y presupuestos



**UNIVERSIDAD DE CHILE**

Sucursal: NIC Chile (Código SII: 67051191)  
 Corporación Educacional y Servicios  
 Miraflores 222, Piso 14  
 Santiago, Santiago

**R.U.T.: 60.910.000-1**  
**BOLETA ELECTRÓNICA**  
**N° 311396**

**S.I.I. - SANTIAGO CENTRO**



Santiago, 23 de Noviembre de 2016

**SEÑOR(ES):** María Francisca Moreno Córdova  
**DIRECCIÓN:** o'higgins 545 depto 801 Tel:+56.982930981  
**COMUNA:** Puerto Montt **CIUDAD:** Puerto Montt  
**CENTRO DE COSTO:** 1966 **ITEM:** 6.1.01.03.01 (2152)  
**VENCIMIENTO:** 23 / 11 / 2016

**Cotización: 2892**

Martes, 25 de noviembre de 2016

**Señores**  
**María Francisca Moreno**  
**Presente**

Atn: **María Francisca Moreno**

Estimados señores,

Tenemos el agrado de presentar a ustedes propuesta hosting.

Quedo atento a cualquier consulta.

Atentamente

Cantidad	Detalle	P. Unitario	Total
1.0	dominio aprendamosobretab/2928404/1	9950.0	9950

Atencion a: María Francisca Moreno Córdova

<b>Total</b>	<b>9950</b>
--------------	-------------



Timbre Electrónico SII  
 Res. 20 de 2003 - Verifique Documento: www.sii.cl



**Pablo Fuenzalida Meza**  
**Gerente General**

Padre Mariano 391 of. 704, Providencia - Santiago - Fono: +56 2 24652589



	HOSTING BASICO	HOSTING MEDIO	HOSTING AVANZADO	HOSTING TOP	HOSTING GOLD
Espacio en disco (Mb)	500	1000	2000	4000	6000
Cuentas de Correo	5	15	25	50	75
Transferencia mensual	Ilimitada	Ilimitada	Ilimitada	Ilimitada	Ilimitada
Base de datos	1	2	3	4	4
Correo POP y Webmail	Si	Si	Si	Si	Si
Auto responders	Si	Si	Si	Si	Si
Filtros personales de e-mail	Si	Si	Si	Si	Si
Antispam mail.	Si	Si	Si	Si	Si
FTP Ilimitado	Si	Si	Si	Si	Si
Estadísticas de tráfico web.	Si	Si	Si	Si	Si
Directorio Cgi-bin.	Si	Si	Si	Si	Si
Cronjobs	Si	Si	Si	Si	Si
Directorios protegidos por clave	Si	Si	Si	Si	Si
Enlace Nacional de	1 GIGABIT	1 GIGABIT	1 GIGABIT	1 GIGABIT	1 GIGABIT
Enlace Internacional de	20 MBITS	20 MBITS	20 MBITS	20 MBITS	20 MBITS
Uptime mensual	99%	99%	99%	99%	99%
Costo Anual	\$ 65.000	\$ 89.000	\$ 113.000	\$ 138.000	\$ 154.000

Valores más IVA

## CONDICIONES COMERCIALES

Valores más IVA

Validez cotización 6 días hábiles

Productos sujetos a stock

**CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS**

En Santiago a 06 de diciembre de 2016, entre María Francisca Moreno Córdova cédula de identidad N° 17.630.122-8, domiciliada Santa Luisa de Marillac 1151, La Reina, comuna de Santiago, en adelante “El Cliente” por una parte y por la otra, doña \_\_\_\_\_, chilena, soltera, estudiante de Diseño, asesor de imagen corporativa, \_\_\_\_\_, cédula nacional de identidad N° \_\_\_\_\_, domiciliada en \_\_\_\_\_, Región Metropolitana, en adelante “El Asesor” ambos mayores de edad, se ha convenido el siguiente contrato de prestaciones de servicios:

PRIMERO: El cliente contrata los servicios de doña \_\_\_\_\_ para realizar un sitio web en HTML5, CSS3 y JavaScript, no subido a la red.

SEGUNDO: El precio del servicio antes descrito será la suma de \$400.000.- impuesto incluido, que el cliente paga en este acto la suma de \$200.000.- y pagará al asesor el saldo a contra entrega de dicho sitio web.

TERCERO: : Los gastos de la gestión serán de cargo del cliente, quien, ha entregado y entregará, según corresponda, los dineros suficientes a requerimiento del profesional en el momento pertinente; dejando éste expresa constancia que la eficacia de la gestión depende de la prontitud con que se otorguen dichos recursos.

CUARTO: La forma de trabajo y los plazos de entrega serán los siguientes: Una vez realizado el pago inicial individualizado en la cláusula segunda, el cliente debe proveer lo siguiente:

- Wireframes
- Branding de su proyecto
- Ilustraciones
- El contenido
- Un manual que me diga qué ilustración va con qué contenido

Recibida la información, el asesor trabajará en el sitio web y lo entregará al cliente. El Cliente podrá hacer sus observaciones al sitio web. El asesor hará los cambios necesarios y avisará al cliente que el sitio está listo. De esta manera el cliente deberá pagar la segunda cuota y final, individualizada en la cláusula segunda.

QUINTO: El plazo de entrega del trabajo encargado es de 2 meses, los cuales se contarán desde la transferencia hecha por el cliente al asesor, del pie inicial establecido en la cláusula segundo.

SEXTO: Las partes fijan su domicilio en la ciudad de Santiago para todos los efectos legales de este contrato, prorrogando la competencia ante sus tribunales de justicia.