

Estado de la publicación: El preprint no ha sido enviado para publicación

Análisis básico de la primera encuesta de la “Fundación Somos TAB” sobre bipolaridad en Chile (2024)

Edison Carrasco-Jiménez

<https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.9561>

Enviado en: 2024-08-05

Postado en: 2024-08-08 (versión 1)

(AAAA-MM-DD)

Artículo pre-print

Análisis básico de la primera encuesta de la “Fundación Somos TAB” sobre bipolaridad en Chile (2024)

Basic analysis of the first survey of the “Somos TAB Foundation” on bipolarity in Chile (2024)

Edison Carrasco-Jiménez

Doctor en Derecho Penal, Universidad de Salamanca, España; Máster en Criminología y Delincuencia Juvenil, Universidad de Albacete, España; Candidato a Doctor en Ciencias Sociales, Criminológicas y del Comportamiento, Universidad de Cádiz, España. Investigador independiente. <https://orcid.org/0000-0002-8217-1553>



Resumen: El objeto del artículo es analizar la primera encuesta efectuada por la “Fundación Somos TAB”, entre el período 10/06/2024 y el 22/07/2024, la cual arroja información básica sobre los asociados de su Fundación con trastorno afectivo bipolar. Dicha encuesta fue contestada por un total de 572 personas, que representan la muestra (n=572). La encuesta se realizó a través de la plataforma o panel *Google Forms*, a través de un link de acceso a la encuesta, y con preguntas, tanto, cerradas como abiertas.

Palabras claves: Bipolaridad, Fundación “Somos TAB”, encuesta.

Abstract: The purpose of this article is to analyze the first survey carried out by the “Somos TAB Foundation”, between the period 10/06/2024 and 22/07/2024, which provides basic information about the members of its Foundation with bipolar affective disorder. This survey was answered by a total of 572 people, representing the sample (n=572). The survey was conducted through the Google Forms platform or panel, through a link to access the survey, and with both closed and open questions.

Keywords: Bipolar disorder, “Somos TAB” Foundation, survey

Este trabajo se enmarca dentro del Proyecto de Investigación (2024-2025), “Neurodiversidad y bipolaridad”, financiado por la [Fundación Somos TAB](#), PFT: 0001.



This work © 2 by [Edison Carrasco-Jiménez](#) is licensed under [CC BY-NC](#)

[4.0](#)

1. Introducción

Se ha definido al trastorno afectivo bipolar (TAB), trastorno bipolar o solo bipolaridad –antes llamado, maniaco-depresivo- como “un trastorno de carácter crónico y recurrente en el que se presentan fluctuaciones marcadas y persistentes del estado de ánimo que conforman, junto con otros síntomas, los episodios de manía, hipomanía y depresión” (Arrieta & Santos, 2019, p. 5052). Afectaría entre 1 a 2,4% de la población mundial (Zarabanda et al., 2015). Es el DCM 5 o *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* quien lo explica, así como sus características (APA, 2014). El trastorno I es el más grave, donde se producen alteraciones del estado de ánimo, el cual se presenta como “persistentemente elevado, expansivo o irritable y un aumento anormal y persistente de la actividad o la energía, que dura como mínimo una semana y está presente la mayor parte del día, casi todos los días” alternado de un “estado de ánimo deprimido o pérdida de interés o de placer” de similar extensión de tiempo (APA, 2014, pp. 124-125). El trastorno bipolar II es menos grave que el primero, presentando cuadros de hipomanía, antes que maníacos, y depresiones más leves que en el trastorno bipolar I (de Dios et al., 2014; Grande et al., 2016).

Los estudios de la bipolaridad en Chile, son fundamentalmente provenientes del sector sanitario, sea literatura indizada (Crockett et al., 2024; Erol et al., 2015; Flora De La Barra et al., 2012; Hormazábal-Salgado & Poblete-Troncoso, 2020; Rossel et al., 2020; Valentí et al., 2015; Valle-Levinson & Moraga-Opazo, 2006; Vöhringer et al., 2016) o documentación o información gris (Oyarzún Riquelme, 2023).

El objeto del artículo es analizar la primera encuesta efectuada por la “Fundación Somos TAB”, entre el período 10/06/2024 y el 22/07/2024, la cual arroja información básica sobre los asociados de su Fundación con trastorno afectivo bipolar. Dicha encuesta fue contestada por un total de 572 personas, que representan la muestra (n=572). La encuesta se realizó a través de la plataforma o panel [Google Forms](#), con un link de acceso a la encuesta, y con preguntas, tanto, cerradas como abiertas.

2. Metodología

Se realizó un estudio descriptivo no experimental. Para los análisis se hizo uso de estadística básica, mediante la herramienta SPSS. Las preguntas a analizar se detallan a continuación. Entre ellas, se recogieron para el estudio estadístico, solo aquellas que correspondían a preguntas cerradas, con variables de escala (fecha de acceso), ordinales (rango de edad), y algunas nominales.

3. Resultados

3.1. Preguntas

Estadísticos

		Rango de edad	Región de Chile en la que vives	Género	¿Cuál es tu ocupación actualmente?	¿A qué sistema de salud perteneces?	¿Estás en el GES?
N	Válidos	572	572	572	572	572	572
	Perdidos	0	0	0	0	0	0

Si te atiendes por GES ¿recibes los medicamentos a tiempo?	¿Cómo evalúas la atención que recibes para tratar la bipolaridad?	¿Has sentido discriminación en el sistema de salud por el cual te atiendes?	¿Has sido derivado a hospitalización?
--	---	---	---------------------------------------

¿Has solicitado evaluación en tu centro de salud para obtener la credencial de discapacidad?	¿Has solicitado trabajo bajo la Ley de inclusión laboral? Ley N°21.015	¿Has sentido discriminación o fuiste discriminado en alguna época de estudio, cuando ya tenías el diagnóstico de Bipolaridad?	¿Has pasado por algún juicio donde tu diagnóstico haya sido parte de las pruebas a favor o en contra de la causa? Ej: tuición, pensión alimenticia, otras.	¿Has sentido discriminación en algún trabajo, ocupación o entrevista de trabajo al indicar tu diagnóstico?
--	--	---	--	--

A continuación, se exhiben **Tablas de Frecuencia** y **Gráfico de Barras**, sobre las preguntas.

3.2. Edad de los encuestados

Tabla 1: Rango de edad de los encuestados.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	51-60 años	16	2,8	2,8	2,8
	41-50 años	80	14,0	14,0	16,8
	31-40 años	260	45,5	45,5	62,2
	25-30 años	133	23,3	23,3	85,5
	18-25 años	83	14,5	14,5	100,0
	Total	572	100,0	100,0	

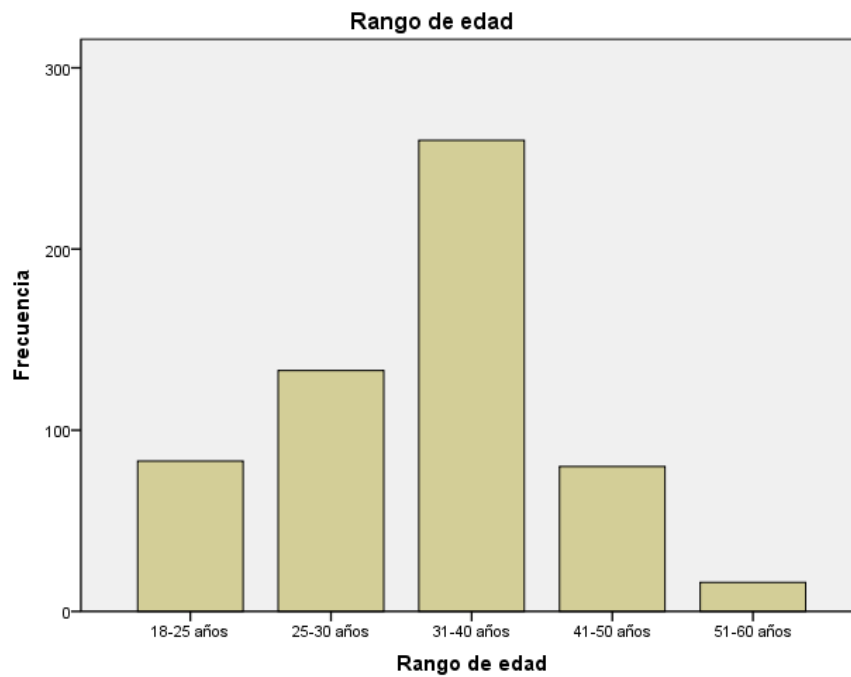


Gráfico 1: Rango de edad de los encuestados.

3.3. Región de pertenencia

Tabla 2: Región de los encuestados.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos				
Región Metropolitana	350	61,2	61,2	61,2
Región del Ñuble	10	1,7	1,7	62,9
Región del Maule	18	3,1	3,1	66,1
Región del Biobío	33	5,8	5,8	71,9
Región de Valparaíso	58	10,1	10,1	82,0
Región de Tarapacá	1	,2	,2	82,2
Región de O'Higgins	11	1,9	1,9	84,1
Región de Magallanes	8	1,4	1,4	85,5
Región de Los Ríos	13	2,3	2,3	87,8
Región de Los Lagos	17	3,0	3,0	90,7
Región de La Araucanía	18	3,1	3,1	93,9
Región de Coquimbo	10	1,7	1,7	95,6
Región de Atacama	4	,7	,7	96,3
Región de Arica y Parinacota	3	,5	,5	96,9
Región de Antofagasta	18	3,1	3,1	100,0
Total	572	100,0	100,0	

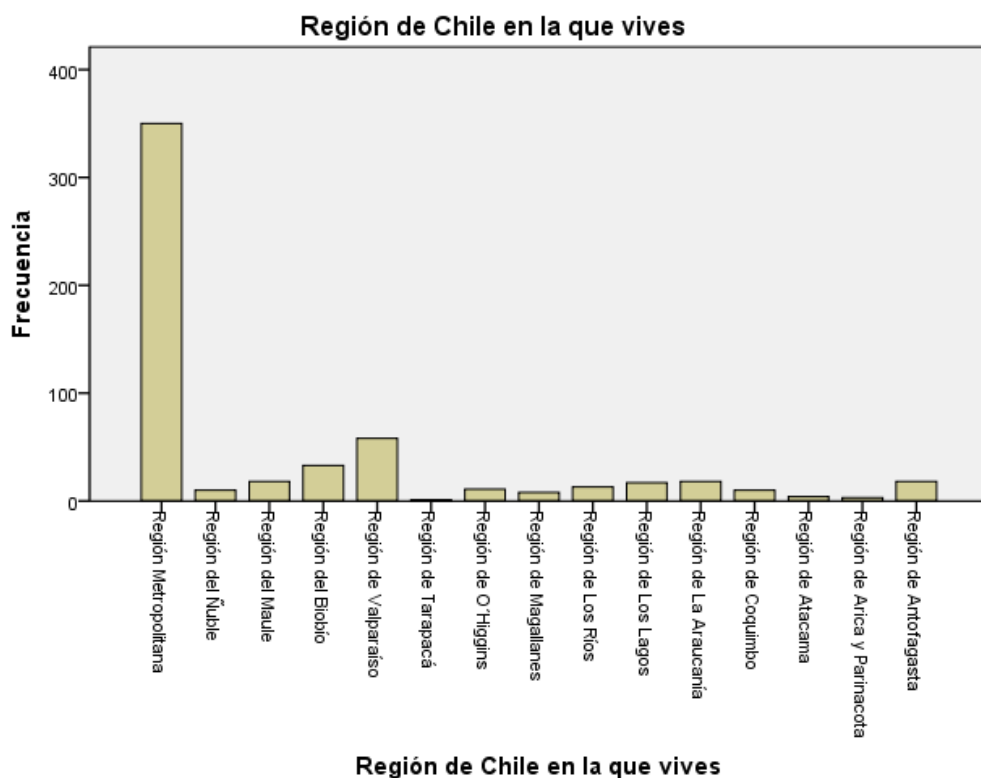


Gráfico 2: Región de los encuestados.

3.4. Género y/o sexo de los encuestados

Tabla 3: Género de los encuestados.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Otro	12	2,1	2,1	2,1
	Masculino	70	12,2	12,2	14,3
	Femenino	490	85,7	85,7	100,0
Total		572	100,0	100,0	

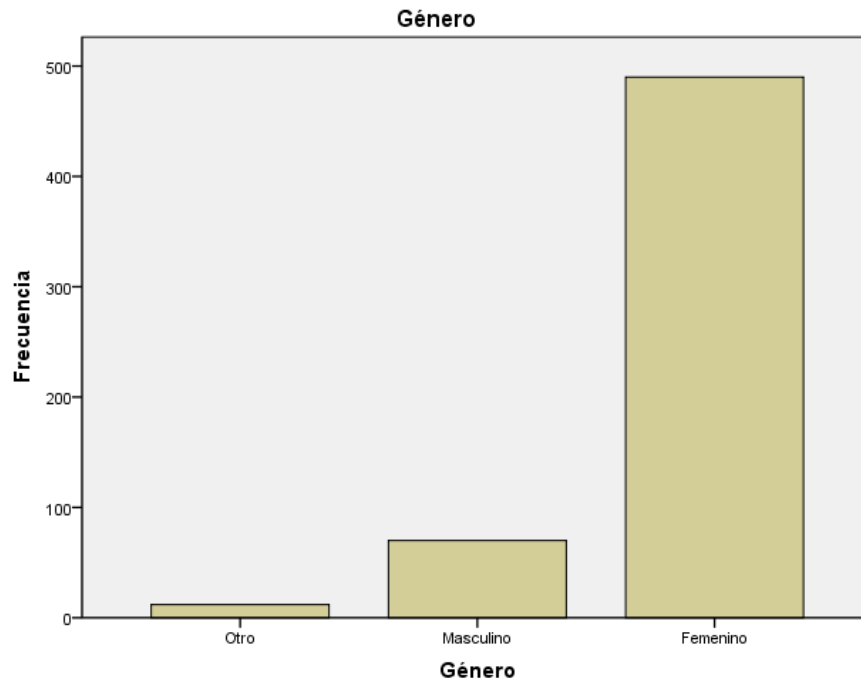


Gráfico 3: Género de los encuestados.

3.5. Trabajo y/o situación laboral

Tabla 4: Ocupación actual (2024).

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Trabajador/a Independiente	77	13,5	13,5	13,5
	Trabajador/a Dependiente	279	48,8	48,8	62,2
	Labores remuneradas esporádicas	29	5,1	5,1	67,3
	Estudiante	91	15,9	15,9	83,2
	Cesante	96	16,8	16,8	100,0
	Total	572	100,0	100,0	

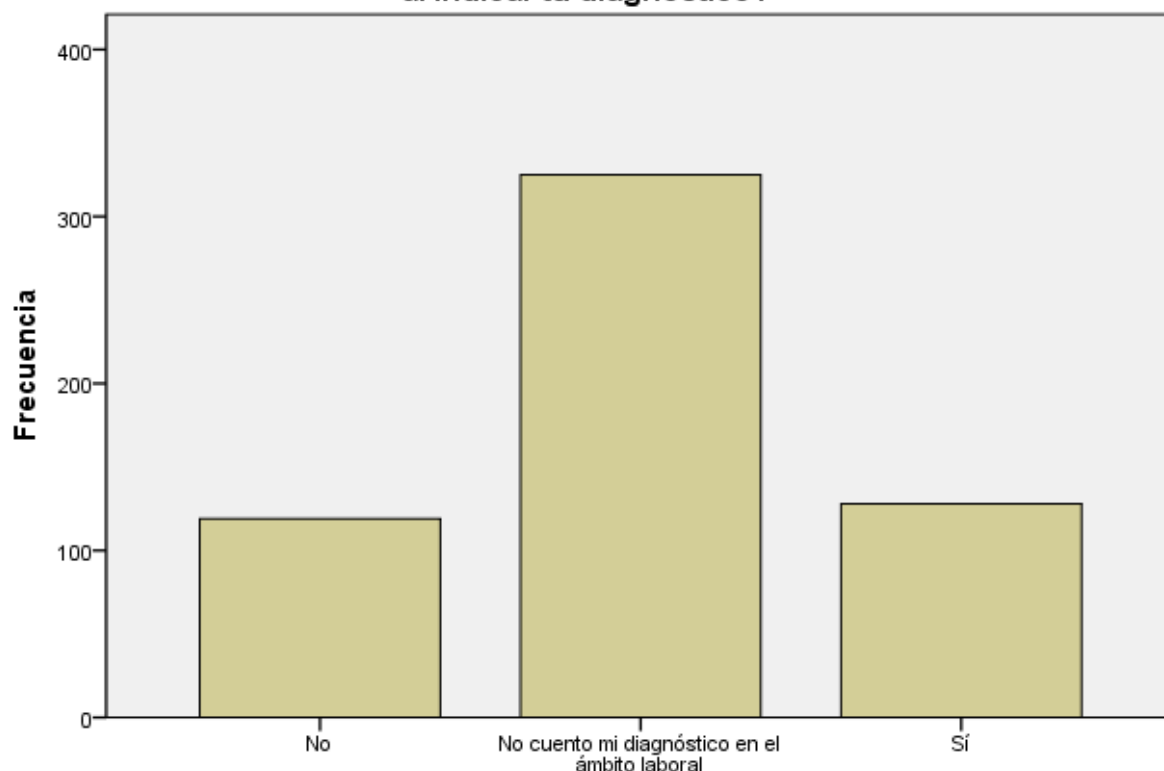


Gráfico 4: Ocupación actual (2024).

Tabla 5: Discriminación laboral.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	119	20,8	20,8	20,8
	No cuento mi diagnóstico en el ámbito laboral	325	56,8	56,8	77,6
	Sí	128	22,4	22,4	100,0
	Total	572	100,0	100,0	

¿Has sentido discriminación en algún trabajo, ocupación o entrevista de trabajo al indicar tu diagnóstico?



¿Has sentido discriminación en algún trabajo, ocupación o entrevista de trabajo al indicar tu diagnóstico?

Gráfico 5: Discriminación laboral.

Tabla 6: Trabajo bajo Ley de inclusión laboral

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No sabía que podía hacerlo.	276	48,3	48,3	48,3
	Nunca he postulado por ley de inclusión laboral.	272	47,6	47,6	95,8
	Sí y me contrataron	6	1,0	1,0	96,9
	Sí, pero no me dieron el cupo.	18	3,1	3,1	100,0
	Total	572	100,0	100,0	

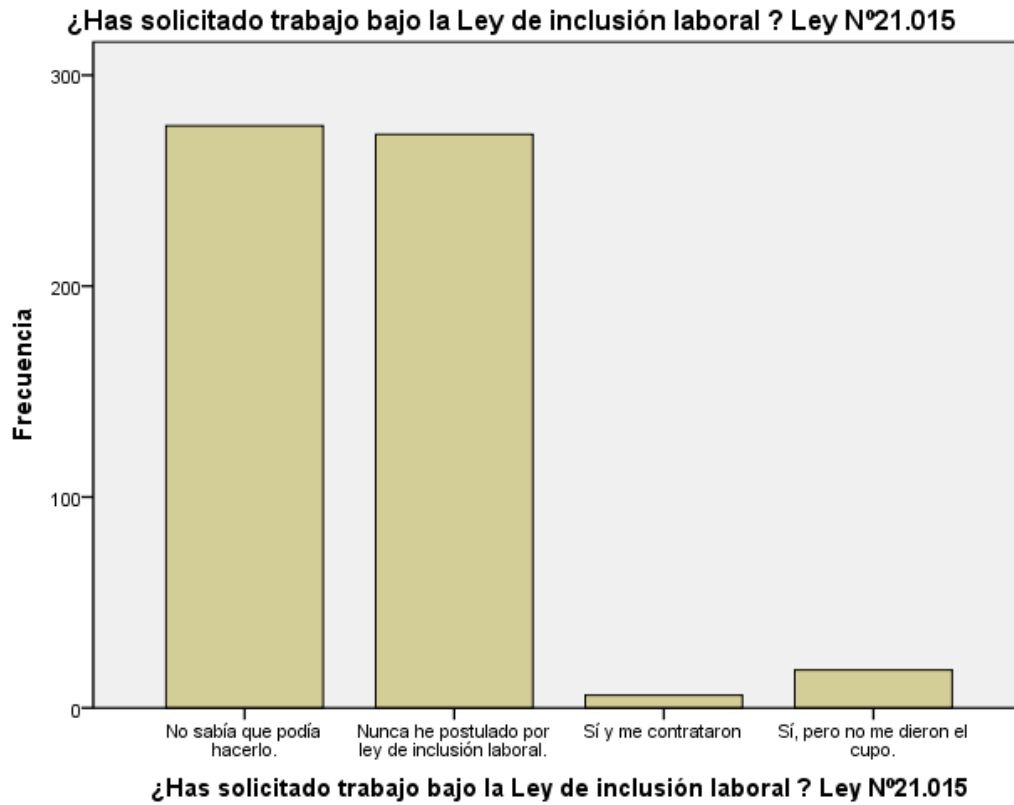


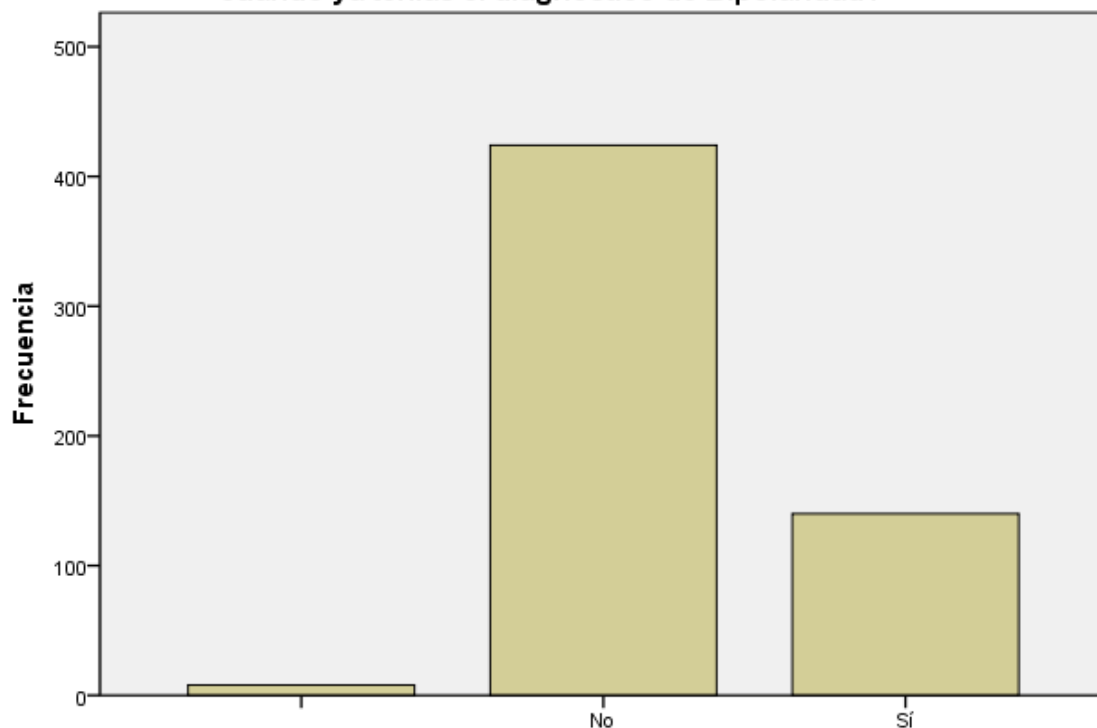
Gráfico 6: Trabajo bajo Ley de inclusión laboral

3.6. Discriminación en el estudiantado

Tabla 7: Discriminación en el estudiantado.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	8	1,4	1,4	1,4
No	424	74,1	74,1	75,5
Sí	140	24,5	24,5	100,0
Total	572	100,0	100,0	

¿Has sentido discriminación o fuiste discriminado en alguna época de estudio, cuando ya tenías el diagnóstico de Bipolaridad?



¿Has sentido discriminación o fuiste discriminado en alguna época de estudio, cuando ya tenías el diagnóstico de Bipolaridad?

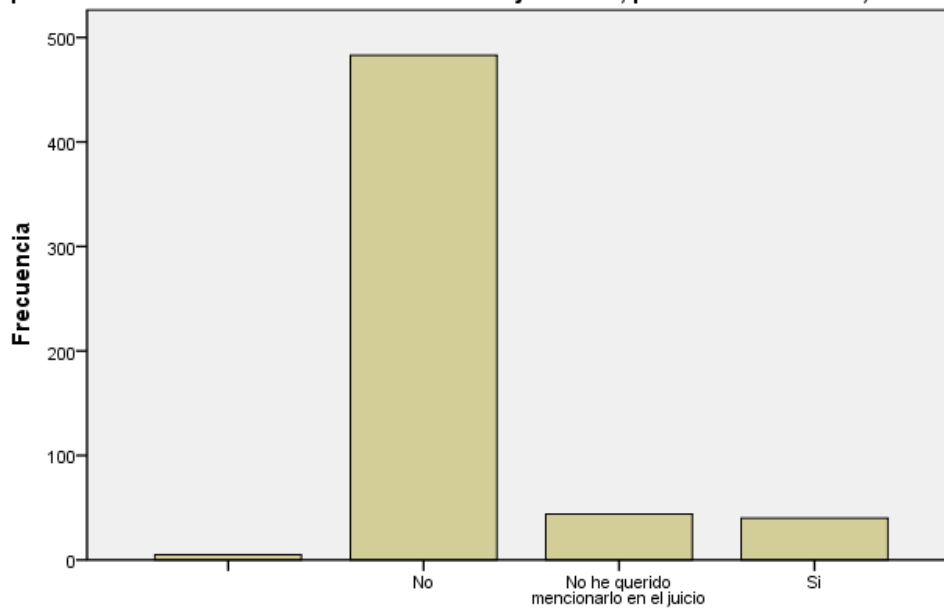
Gráfico 7: Discriminación en el estudiantado.

Diagnóstico TAB y procedimiento judicial

Tabla 8: Prueba judicial y diagnóstico.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	5	,9	,9	,9
No	483	84,4	84,4	85,3
No he querido mencionarlo en el juicio	44	7,7	7,7	93,0
Si	40	7,0	7,0	100,0
Total	572	100,0	100,0	

¿Has pasado por algún juicio donde tu diagnóstico haya sido parte de las pruebas a favor o en contra de la causa? Ej: tuición, pensión alimenticia, otras.



¿Has pasado por algún juicio donde tu diagnóstico haya sido parte de las pruebas a favor o en contra de la causa? Ej: tuición, pensión alimenticia, otras.

Gráfico 8: Prueba judicial y diagnóstico.

3.7. Situación respecto de los servicios sanitarios

Tabla 9: Pertenencia a sistema de salud.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Ninguna de las anteriores	20	3,5	3,5	3,5
	Isapre (sistema privado)	204	35,7	35,7	39,2
	Fonasa (sistema público, incluye CESFAM)	348	60,8	60,8	100,0
	Total	572	100,0	100,0	

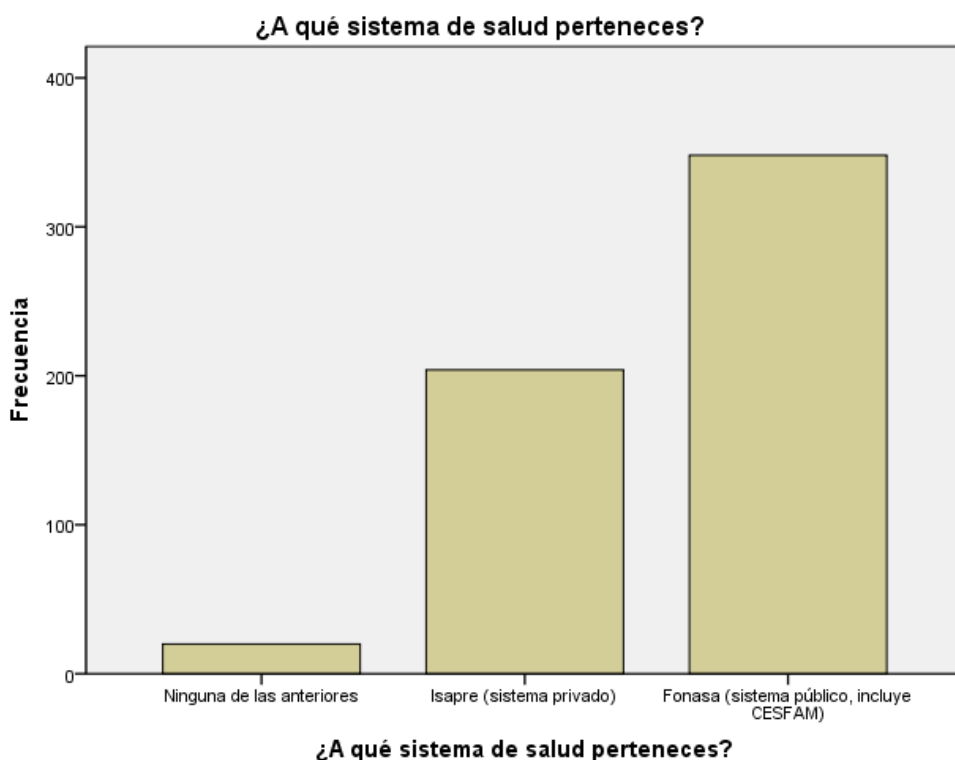


Gráfico 9: Pertenencia a sistema de salud.

Tabla 10: : Pertenencia a GES.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí	347	60,7	60,7	60,7
	No lo conozco	25	4,4	4,4	65,0
	No	200	35,0	35,0	100,0
	Total	572	100,0	100,0	

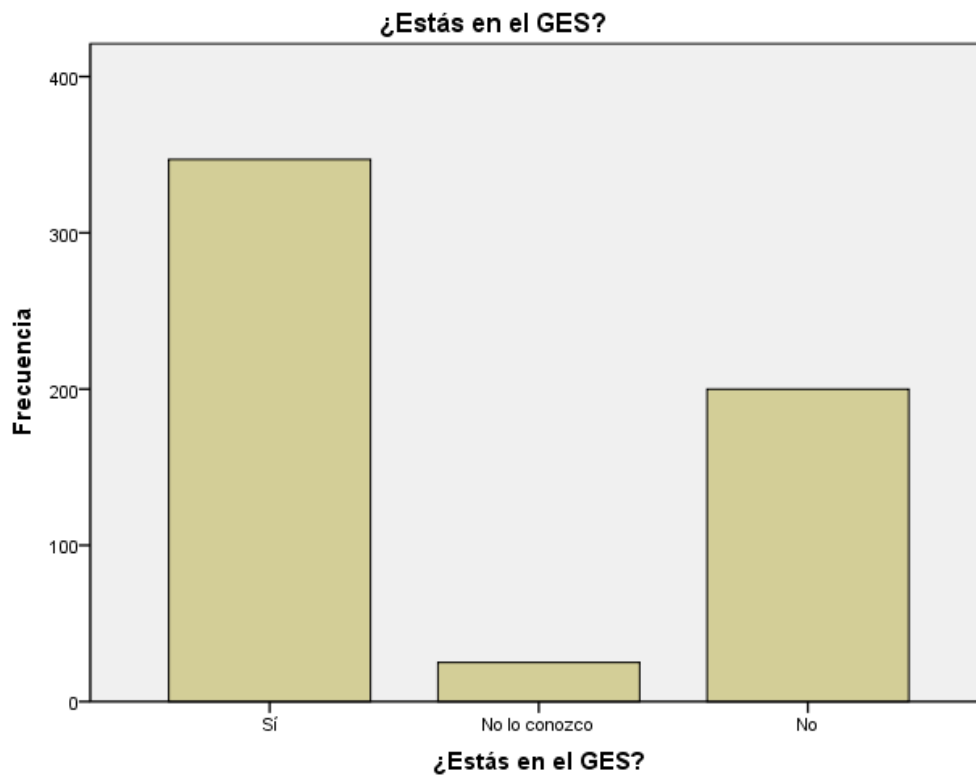


Gráfico 10: Pertenencia a GES.

Tabla 11: Recepción de medicamentos por GES.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	135	23,6	23,6	23,6
	No aplica	91	15,9	15,9	39,5
	Regularmente	61	10,7	10,7	50,2
	si	4	,7	,7	50,9
	Sí	281	49,1	49,1	100,0
	Total	572	100,0	100,0	

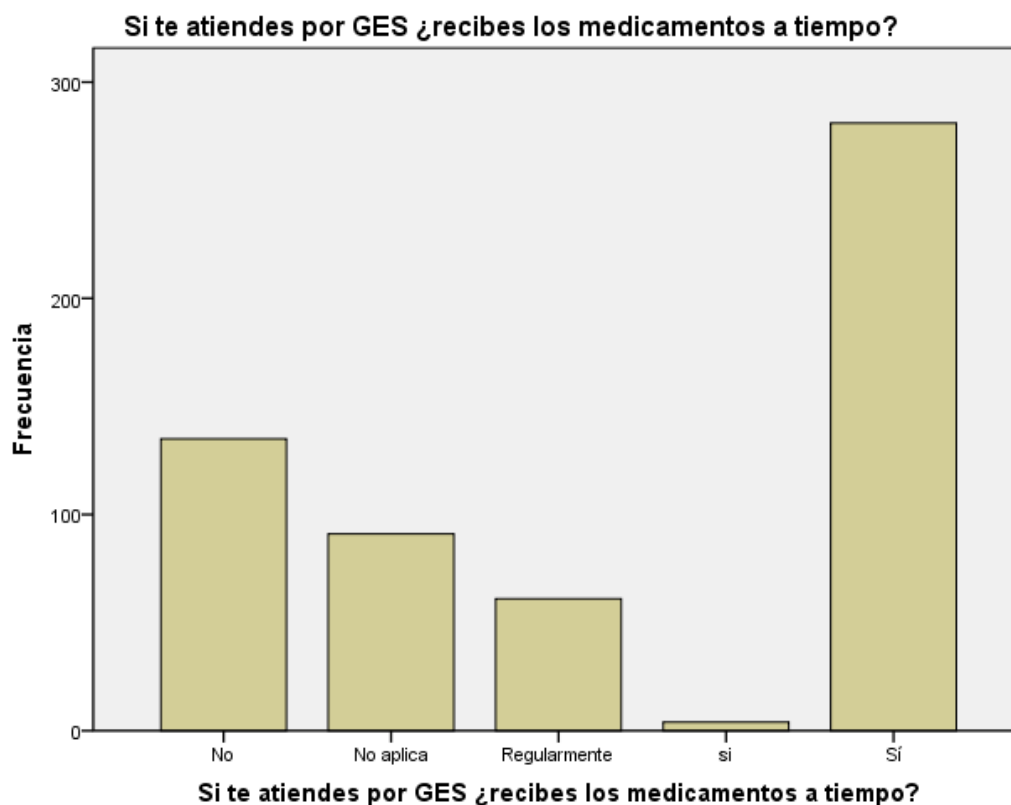


Gráfico 11: Recepción de medicamentos por GES.

Tabla 12: Evaluación atención por TAB.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Buena	180	31,5	31,5	31,5
	Mala	50	8,7	8,7	40,2
	muy buena	1	,2	,2	40,4
	Muy buena	138	24,1	24,1	64,5
	Muy mala	37	6,5	6,5	71,0
	Regular	166	29,0	29,0	100,0
	Total	572	100,0	100,0	

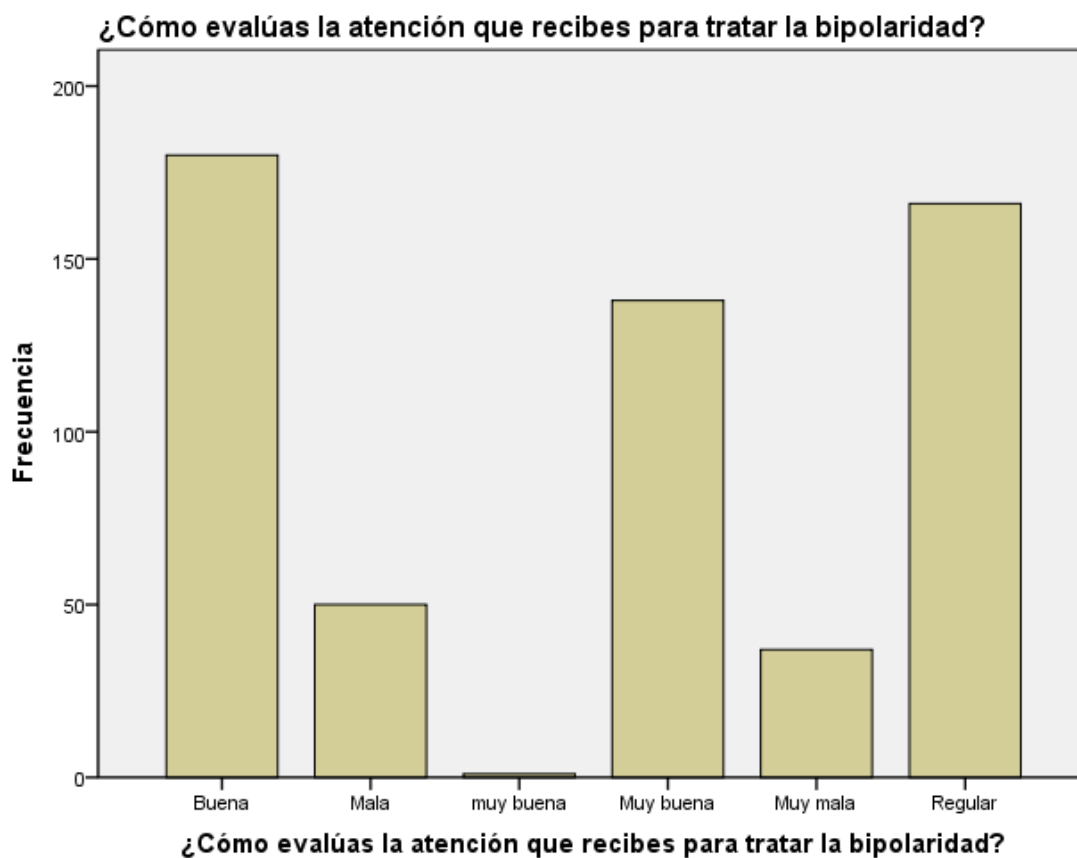


Gráfico 12: Evaluación atención por TAB.

Tabla 13: Discriminación en sistema de salud

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	no	7	1,2	1,2	1,2
	No	401	70,1	70,1	71,3
	Sí	164	28,7	28,7	100,0
	Total	572	100,0	100,0	



Gráfico 13: Discriminación en sistema de salud.

Tabla 14: Hospitalización.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos No	299	52,3	52,3	52,3
Realicé internación domiciliaria	34	5,9	5,9	58,2
si fui internada hace 2 años	12	2,1	2,1	60,3
Si, pero no me interné	63	11,0	11,0	71,3
Si, y fui internado/a	164	28,7	28,7	100,0
Total	572	100,0	100,0	

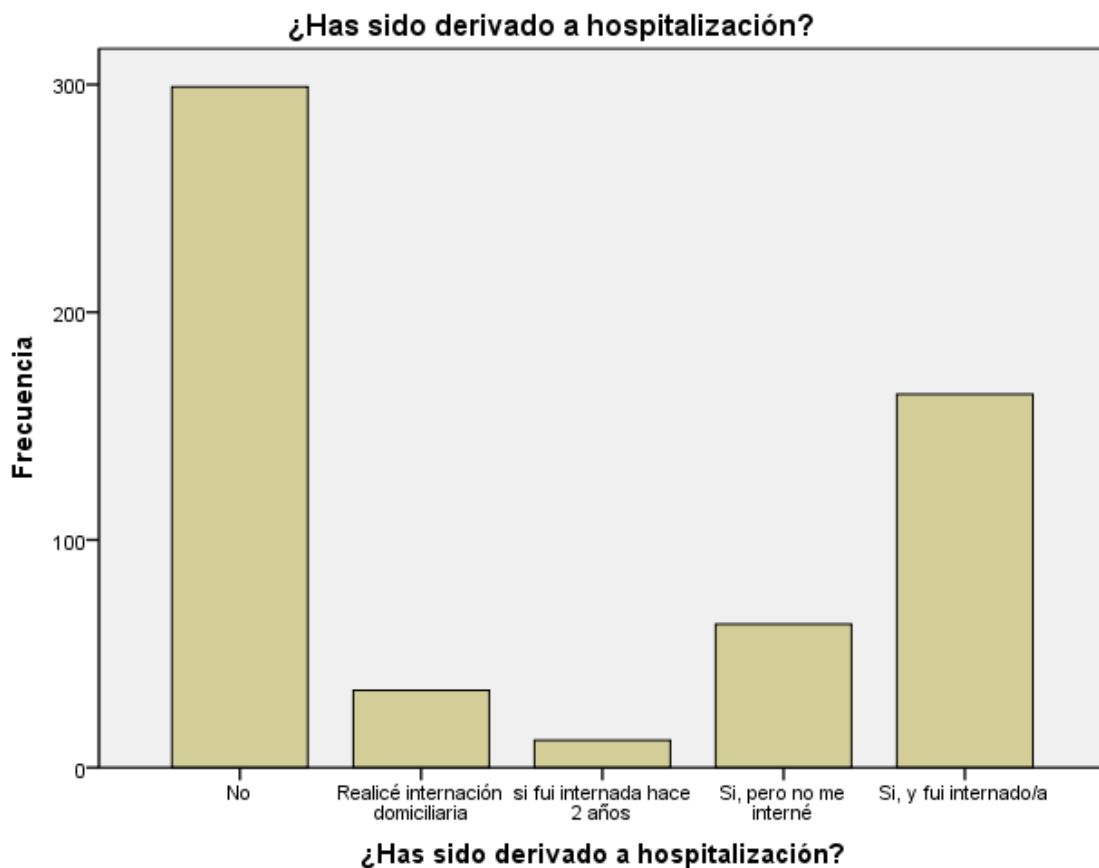
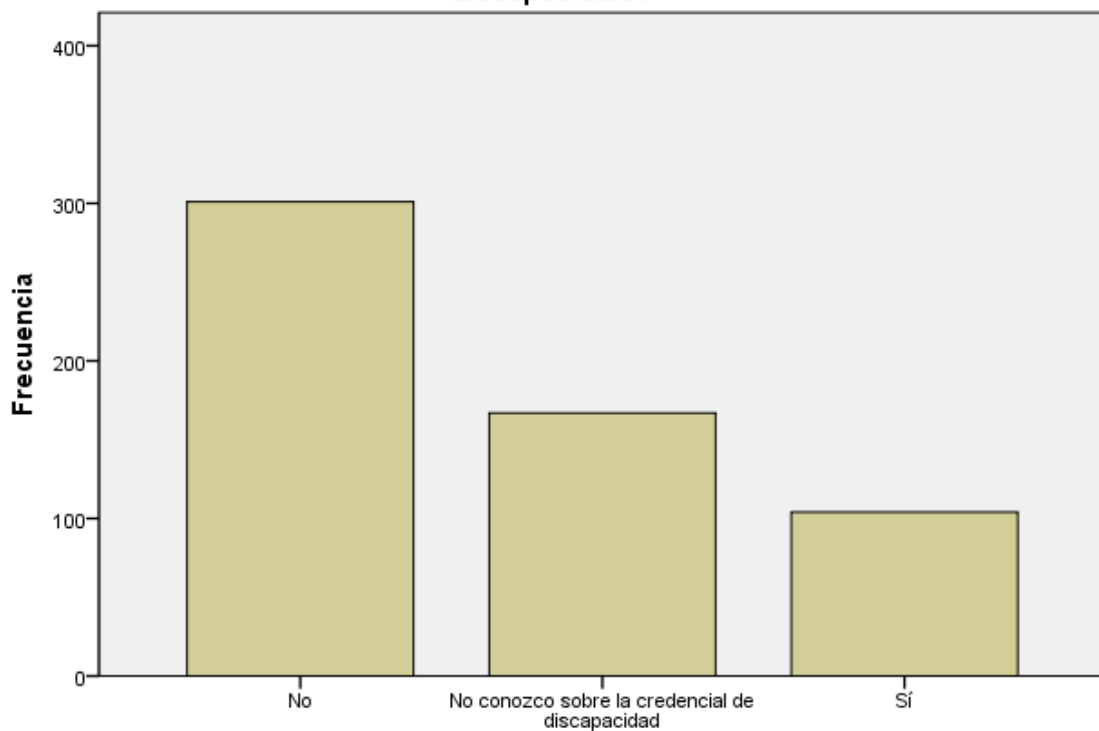


Gráfico 14: Hospitalización.

Tabla 15: Credencial de discapacidad.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	301	52,6	52,6	52,6
	No conozco sobre la credencial de discapacidad	167	29,2	29,2	81,8
	Sí	104	18,2	18,2	100,0
	Total	572	100,0	100,0	

¿Has solicitado evaluación en tu centro de salud para obtener la credencial de discapacidad?



¿Has solicitado evaluación en tu centro de salud para obtener la credencial de discapacidad?

Gráfico 15: Credencial de discapacidad.

4. Discusión

En cuanto a la metodología de la encuesta, el marco muestral sería no probabilístico como suele ocurrir en las encuestas por internet (Arroyo Menéndez & Finkel Morgenstern, 2019, p. 43), por ende, el procedimiento de minería de datos contiene algunos sesgos propios a las encuestas de este tipo: sesgo de confirmación, falta de determinación de la tasa de abandono y la tasa de completación del cuestionario (Arroyo Menéndez & Finkel Morgenstern, 2019). Por el contrario, creemos que no adolece del sesgo de verificación de la persona, ya que los encuestados se encontrarían individualizados, habiendo enviado el link a participantes entre los que son socios de la Fundación (n=40), y participantes TAB de los GAM o Grupos de Ayuda Mutua (n=552). Los participantes de la investigación, prestaron su consentimiento libre e informado. La encuesta si bien consignó la individualización de los encuestados, se hace reserva de sus identidades.

En cuanto al análisis de los datos, que fueron ordenados según características y situación del encuestado, tabulando los datos y generando los gráficos que se exhiben, se presentan las siguientes consideraciones.

La [Tabla 1](#) y [Gráfico 1](#), muestra que la mayor concentración en la población con TAB, se encuentra en el rango de edad entre 31 a 40 años (45%). Otros estudios, afirman que, en promedio, el rango de edad con mayor concentración de personas con TAB, se encuentra entre los 20 y 30 años (Zarabanda et al., 2015). Esto solo es una comparación con la situación general descrita en el estudio de Zarabanda y otros, porque en Chile, de existir una encuesta a nivel general país, los datos podrían ser similares a la encuesta analizada, dado a que se estaría considerando estrictamente la población en Chile. También existe el problema de la brecha digital, esto es, el que se hace posible que la cantidad de encuestados de la población de adultos mayores, disminuye, si la brecha digital (alfabetización digital y/o disposición a un medio digital) aumenta en este tramo etario. Y si bien ha existido un avance en este sentido, aún hay brechas digitales en ciertos sectores de la población (Arroyo Menéndez & Finkel Morgenstern, 2019, p. 43), que, en nuestro caso, existen. De hecho, según el *Informe Diagnóstico sobre las brechas de inclusión digital en Chile del Banco Interamericano de Desarrollo*, la población de adultos mayores que usan internet, es del 67,9, entre el rango de 45 a 59 años, por sobre el 36,1% que sí lo usa; y en el rango de edad de 60 años hacia arriba, el 68,5% no lo usa, por sobre el 31,5% que sí lo utiliza (Martínez et al., 2020). Esto puede alterar la muestra respecto de la edad, y, por ende, la disminución de la tasa de personas con TAB en los tramos de edad más envejecidos (41 a 60 años= 16,8%).

Un factor no incluido en la encuesta, es la edad de diagnóstico del TAB, ya que eso puede alterar el resultado, puesto que, de existir mayor número de retrasos en los

diagnósticos, mayor será la cantidad de población con TAB, en los tramos correspondientes a esos rangos de edad. Y esto sin considerar el hecho de que, para recibir el diagnóstico correcto, el promedio a nivel general, es 8 a 10 años (Vázquez, 2014). Además, en estudios de cohorte con marcos no probabilísticos, con población sueca y danesa, la edad del primer diagnóstico fue en promedio, a los 47,67 años (Lublóy et al., 2020). Habría que, necesariamente, integrar estos factores, para un mejor análisis futuro.

La encuesta ([Tabla 2](#) y [Gráfico 2](#)) exhibe una concentración mayor de personas encuestados con TAB en la Región Metropolitana (61,2%), cuestión que se correlaciona positivamente con la concentración demográfica (pobl. total: 17,574,003; Región Metropolitana: 7,112,808, 40,47%) (Instituto Nacional de Estadísticas, 2024).

La [Tabla 3](#) y [Gráfico 3](#) relativo al género y/o sexo, exhiben un alto porcentaje de mujeres sobre varones (M=12,8%; F=85,7%). Algunos estudios señalan que la prevalencia se encuentra en igual proporción entre mujeres y varones, en el TAB tipo I, a diferencia del TAB tipo II que sería más común entre mujeres (Grande et al., 2016; Zarabanda et al., 2015). No existe dentro del cuestionario, una pregunta que determine a qué tipo de bipolaridad pertenecen los encuestados, por lo que está ausente un factor que podría explicar o correlacionarse –positiva o negativamente- con el resultado.

Los resultados de la [Tabla 4](#) y [Gráfico 4](#), esto es, la situación laboral actual al momento de la encuesta (48,8% trabajando; 16,8% cesante), son relativamente coincidentes en la proporción, con algunos datos arrojados en el resultado del estudio de Oyarzún en Chile: 56% trabajando, 37% cesante, 7% con licencia médica (Oyarzún Riquelme, 2023, p. 28). Si es mucho mayor el porcentaje de personas con TAB laboralmente activas que cesantes, implicaría que, conforme a los resultados de la [Tabla 5](#) y [Gráfico 5](#), el número de personas con TAB trabajando, sin detección, es bastante mayor al percibido o conocido. Lo cual implicaría, aunque faltarían datos que corroboren este aserto, su alta funcionalidad en el mundo laboral, a diferencia del prejuicio sobre su incapacidad en el trabajo. Y justamente el ocultamiento estaría relacionado con la estigmatización que en los lugares de trabajo, en general, se tiene en relación a las personas comprometidas con afecciones en su salud mental (Favre et al., 2023; Perich et al., 2022).

La [Tabla 7](#) y [Gráfico 7](#), exhiben la percepción de las personas que son estudiantes, de no sentirse discriminado (n=424) en relación al total (n=572). Entendemos que esto es en relación al establecimiento educacional donde se encuentran insertos, pero para no suponer, esta pregunta debiera complementarse, de si se sintió discriminación en los lugares donde la persona estudió efectivamente. Esta respuesta debiera ser validada con otros estudios en el futuro, que expliquen esta situación, esto es, del por qué se percibe o autopercibe que no fue discriminado. Además, habría que entrevistar al personal educador sobre su relación y política –si existe- con los problemas de salud mental del estudiantado.

La pregunta sobre la pertenencia a GES ([Tabla 10](#), [Gráfico 10](#)), debiera haberse complementado, en el caso de la respuesta “NO”, de, por qué no, ya que la tasa es alta (n=200), en comparación al “SI” (n=347), y dado a que es un beneficio estatal, surgiría la duda del por qué su no uso.

Tanto la recepción de medicamentos por el GES, como la atención sanitaria, son en general bien evaluados por la población ([Tabla 11](#), [Gráfico 11](#); [Tabla 12](#), [Gráfico 12](#)), tampoco existiendo mayoritariamente una percepción de discriminación por el sistema de salud en relación a la condición de TAB.

La [Tabla 15](#) y [Gráfico 15](#), se refieren a la pregunta sobre la obtención de la credencial de salud, y la tasa de los “NO” es alta (n=301) en relación al total (n=572), lo cual debiera haberse complementado con una pregunta, sobre el por qué “NO”.

5. Conclusión y Recomendaciones

Entendemos la muestra, al menos en las preguntas analizadas, como probable de ser representativa, tanto por el total de encuestados (n=572), como por la característica principal (TAB) compartida. Como la encuesta tenía por objeto solo levantar datos, sin que la institución tuviera una predisposición, opinión o tendencia sobre el contenido de las preguntas, la probabilidad de sesgo de confirmación, es mínima o nula.

Podría observarse que, como el medio de mayor comunicación de los miembros de la Fundación, es internet, hace que no se tengan datos de la población TAB que no dispone de internet. Pero, por otro lado, como es solo una encuesta entre miembros que se reconocen como TAB, conocen internet y se comunican a través de él como ya se dijo, se hace algo más fiable la muestra, por la baja o nula probabilidad de brecha digital. Por lo mismo, y obviamente, no se mide la población con/sin TAB.

De cualquier forma, se recomienda, como ya se expresó en la **Discusión**, que, para una futura encuesta, se consignent preguntas, tales como, la edad de diagnóstico del TAB, el tipo de bipolaridad, el por qué se percibe o autopercibe que, los estudiantes, no se sintieron discriminados. Además, en este último caso, sería interesante entrevistar al personal educador sobre sus posturas con los problemas de salud mental del estudiantado, y de si existe una política, en la institución educacional, sobre el punto.

6. Agradecimientos y disposición de datos

Se agradece la disposición a la exhibición de los datos a la Fundación “Somos TAB”, y a la cooperación de Damary Hood, Encargada de Biblioteca.

Los datos de la investigación, se encuentran disponibles a petición y no abiertos al público, para proteger la identidad de los encuestados.

7. Conflicto de intereses y normas éticas

El artículo se ciñe a las normas y pautas éticas, y buenas prácticas en la investigación (Agar Corbinos, 2004; Agencia Nacional de Investigación y Desarrollo, s. f.; Rovaletti, 2006).

El autor declara no tener conflicto de intereses.

9. Referencias

- Agar Corbinos, L. (2004). La ética de la investigación en ciencias sociales en el contexto de la globalización: de la investigación cuantitativa a la cualitativa. *Acta bioethica*, 10(1), 65-68. <https://doi.org/10.4067/S1726-569X2004000100008>
- Agencia Nacional de Investigación y Desarrollo. (s. f.). *Lineamientos para la evaluación ética de la investigación en ciencias sociales y humanidades en y con personas*. ANID. Recuperado 5 de agosto de 2024, de <https://s3.amazonaws.com/documentos.anid.cl/proyecto-investigacion/Lineamientos-evaluacion-etica.pdf>
- APA. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (CIBERSAM, Trad.; DSM-5). American Psychiatric Association. <https://www.federaciocatalanadah.org/wp-content/uploads/2018/12/dsm5-manualdiagnosticoyestadisticodelostrastornosmentales-161006005112.pdf>
- Arrieta, M., & Santos, P. M. (2019). Trastorno bipolar. *Medicine - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*, 12(86), 5052-5066. <https://doi.org/10.1016/j.med.2019.09.013>
- Arroyo Menéndez, M., & Finkel Morgenstern, L. (2019). Encuestas por Internet y nuevos procedimientos muestrales. *Panorama social*, 30, 41-53. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7207335>
- Crockett, M. A., Martínez-Nahuel, V., Mac-Ginty, S., Núñez, D., Langer, Á. I., & Gaete, J. (2024). Differences in mental health problems in LGBT+ first year college students in Chile during the pandemic. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. <https://doi.org/10.1007/s00127-024-02683-5>
- de Dios, C., Goikolea, J. M., Colom, F., Moreno, C., & Vieta, E. (2014). Los trastornos bipolares en las nuevas clasificaciones: DSM-5 y CIE-11. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 7(4), 179-185. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2014.07.005>
- Erol, A., Winham, S. J., McElroy, S. L., Frye, M. A., Prieto, M. L., Cuellar-Barboza, A. B., Fuentes, M., Geske, J., Mori, N., Biernacka, J. M., & Bobo, W. V. (2015). Sex differences in the risk of rapid cycling and other indicators of adverse illness course in patients with bipolar I and II disorder. *Bipolar Disorders*, 17(6), 670-676. <https://doi.org/10.1111/bdi.12329>
- Favre, S., Aubry, J.-M., & Richard-Lepouriel, H. (2023). Perceived public stigma and perceived public exposure by persons living with bipolar disorder: A qualitative study. *International Journal of Social Psychiatry*, 69(2), 378-387. <https://doi.org/10.1177/00207640221093495>
- Flora De La Barra, M., Benjamin Vicente, P., Sandra Saldivia, B., & Roberto Melipillán, A. (2012). Estudio de epidemiología psiquiátrica en niños y adolescentes en Chile. Estado actual. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 23(5), 521-529. [https://doi.org/10.1016/S0716-8640\(12\)70346-2](https://doi.org/10.1016/S0716-8640(12)70346-2)

- Grande, I., Berk, M., Birmaher, B., & Vieta, E. (2016). Bipolar disorder. *The Lancet*, 387(10027), 1561-1572. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00241-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00241-X)
- Hormazábal-Salgado, R., & Poblete-Troncoso, M. (2020). Living with bipolar disorder in Chile: A qualitative study. *International Journal of Mental Health Nursing*, 29(3), 488-497. <https://doi.org/10.1111/inm.12686>
- Instituto Nacional de Estadísticas. (2024). *Censo de Población y Vivienda*. ine.gob.cl. <http://www.ine.gob.cl/estadisticas/sociales/censos-de-poblacion-y-vivienda/censo-de-poblacion-y-vivienda>
- Lubláy, Á., Keresztúri, J. L., Németh, A., & Mihalicza, P. (2020). Exploring factors of diagnostic delay for patients with bipolar disorder: A population-based cohort study. *BMC Psychiatry*, 20(1), 75. <https://doi.org/10.1186/s12888-020-2483-y>
- Martínez, Y., Mata, S., & Vega, M. (2020). *Diagnóstico sobre las brechas de inclusión digital en Chile*. Banco Interamericano de Desarrollo. <https://doi.org/10.18235/0003032>
- Oyarzún Riquelme, A. (2023). *Dificultades para la inclusión laboral en personas con trastorno afectivo bipolar y estrategias para mejorarla*. <https://repositorio.uchile.cl/handle/2250/196992>
- Perich, T., Mitchell, P. B., & Vilus, B. (2022). Stigma in bipolar disorder: A current review of the literature. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 56(9), 1060-1064. <https://doi.org/10.1177/00048674221080708>
- Rossel, L., Erazo, R., Nieto, R., Fuentes, C., & Curivil, P. (2020). Uso de criterios y guías clínicas en la creación de una unidad de trastornos del ánimo. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 31(2), 114-121. <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2020.02.003>
- Rovalletti, M. L. (2006). La evaluación ética en las ciencias humanas y/o sociales. La investigación científica: Entre la libertad y la responsabilidad. *Acta bioethica*, 12(2), 243-250. <https://doi.org/10.4067/S1726-569X2006000200013>
- Valentí, M., Pacchiarotti, I., Undurraga, J., Bonnín, C. M., Popovic, D., Goikolea, J. M., Torrent, C., Hidalgo-Mazzei, D., Colom, F., & Vieta, E. (2015). Risk factors for rapid cycling in bipolar disorder. *Bipolar Disorders*, 17(5), 549-559. <https://doi.org/10.1111/bdi.12288>
- Valle-Levinson, A., & Moraga-Opazo, J. (2006). Observations of bipolar residual circulation in two equatorward-facing semiarid bays. *Continental Shelf Research*, 26(2), 179-193. <https://doi.org/10.1016/j.csr.2005.10.002>
- Vázquez, G. H. (2014). Los trastornos bipolares hoy: Más allá del DSM-5. *Psicodebate*, 14(2), Article 2. <https://doi.org/10.18682/pd.v14i2.353>
- Vöhringer, P. A., Barroilhet, S. A., Alvear, K., Medina, S., Espinosa, C., Alexandrovich, K., Riumallo, P., Leiva, F., Hurtado, M. E., Cabrera, J., Sullivan, M., Holtzman, N., & Ghaemi, S. N. (2016). The International Mood Network (IMN) Nosology Project: Differentiating borderline personality from bipolar illness. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 134(6), 504-510. <https://doi.org/10.1111/acps.12643>



- Zarabanda, M., García, M., Salcedo, D., & Lahera, G. (2015). Trastorno bipolar. *Medicine - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*, 11(85), 5075-5085. <https://doi.org/10.1016/j.med.2015.08.003>

Este preprint fue presentado bajo las siguientes condiciones:

- Los autores declaran que son conscientes de que son los únicos responsables del contenido del preprint y que el depósito en SciELO Preprints no significa ningún compromiso por parte de SciELO, excepto su preservación y difusión.
- Los autores declaran que se obtuvieron los términos necesarios del consentimiento libre e informado de los participantes o pacientes en la investigación y se describen en el manuscrito, cuando corresponde.
- Los autores declaran que la preparación del manuscrito siguió las normas éticas de comunicación científica.
- Los autores declaran que los datos, las aplicaciones y otros contenidos subyacentes al manuscrito están referenciados.
- El manuscrito depositado está en formato PDF.
- Los autores declaran que la investigación que dio origen al manuscrito siguió buenas prácticas éticas y que las aprobaciones necesarias de los comités de ética de investigación, cuando corresponda, se describen en el manuscrito.
- Los autores declaran que una vez que un manuscrito es postado en el servidor SciELO Preprints, sólo puede ser retirado mediante solicitud a la Secretaría Editorial deSciELO Preprints, que publicará un aviso de retracción en su lugar.
- Los autores aceptan que el manuscrito aprobado esté disponible bajo licencia [Creative Commons CC-BY](#).
- El autor que presenta el manuscrito declara que las contribuciones de todos los autores y la declaración de conflicto de intereses se incluyen explícitamente y en secciones específicas del manuscrito.
- Los autores declaran que el manuscrito no fue depositado y/o previamente puesto a disposición en otro servidor de preprints o publicado en una revista.
- Si el manuscrito está siendo evaluado o siendo preparando para su publicación pero aún no ha sido publicado por una revista, los autores declaran que han recibido autorización de la revista para hacer este depósito.
- El autor que envía el manuscrito declara que todos los autores del mismo están de acuerdo con el envío a SciELO Preprints.