



**UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO**

**Colegio de Comunicación y Artes Contemporáneas**

**Libro de Producción de la Serie de Televisión**

**Panóptico**

**Estefanía Carolina Egas Mera**

**Mario Troya, M.A., Director de Tesis**

Tesis de Grado presentada como requisito  
para la obtención del Título de Tecnóloga en Medios Masivos de Comunicación

Quito, mayo de 2014

**Universidad San Francisco de Quito**

**Colegio de Comunicación y Artes Contemporáneas**

**HOJA DE APROBACIÓN DE TESIS**

**Libro de Producción de la Serie de Televisión**

**Panóptico**

**Estefanía Carolina Egas Mera**

Mario Troya, M.A. ....  
Director de Tesis

Mario Troya, M.A. ....  
Coordinador de Tec. Medios Masivos  
De Comunicación

Felipe Terán, MFA. ....  
Asesor de Tesis  
Miembro del Comité de Tesis

Gustavo Cusot. M.A. ....  
Miembro del Comité de Tesis

Santiago Castellanos, PhD, ....  
Miembro del Comité de Tesis

Hugo Burgos, Ph.D. ....  
Decano del Colegio de Comunicación  
y Artes Contemporáneas

Quito, mayo de 2014

## © DERECHOS DE AUTOR

Por medio del presente documento certifico que he leído la Política de Propiedad Intelectual de la Universidad San Francisco de Quito y estoy de acuerdo con su contenido, por lo que los derechos de propiedad intelectual del presente trabajo de investigación quedan sujetos a lo dispuesto en la Política.

Así mismo, autorizo a la USFQ para que realice la digitalización y publicación de este trabajo de investigación en el repositorio virtual, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Firma: \_\_\_\_\_

Nombre: Estefanía Carolina Egas Mera

C. I.: 1715386635

Lugar: Quito, mayo de 2014

## **DEDICATORIA**

Panóptico está dedicado a todos los amantes de la ficción. Al televidente que le agrada mirar cosas diferentes y creativas, y que sobre todo logre de alguna manera identificarse con historias que pasan dentro de la historia. Dedico de manera grande a quienes nos gusta crear espacios, situaciones y mundos que a pesar de que pueden ser comunes en la vida cotidiana podemos plasmarlos para ser vistos y criticados..

## AGRADECIMIENTOS

A mi gran equipo de trabajo, que fueron un gran motor de apoyo para el surgimiento de mi proyecto. Iniciando por mi gran familia, Fernando Egas, Patricia Mera, Andrea Egas y Santiago Egas, que gracias a su empuje, dedicacion y apoyo logre culminar con la realizacion del proyecto.

A mis grandes actores Juan Diego Pérez, Lider Medranda, Sonia Lemos, Patricia Mera, Eli Pérez, Mayela Revuelta, Ma. José Toledo, Santiago Egas, Andrea Egas, Fernando Egas, Dantor, Belén Proaño, Felipe Moreno y Cesar Vasconez por brindarme tanto profesionalismo, paciencia, animos y perseverancia para lograr que los resultados sean los mejores.

A mi gran equipo técnico Camilo Banegas (AD), Isa Jacome (Producción), Esteban Macias (Foto), Eddy Tobar (Asit. Foto), Nando Estévez (Foto), Andres Lasso y Andres Agama (Iluminación), Miguel imbaquingo (Sonido), Ana Martinez y Ana Pozo (Arte), Andrea (Vestuario), Gladys Lopez (Maquillaje), Nacho Lorduguin (Edición), Geovanny Sabogal (Colorización y animación), Pablo Mora y dario Calapaqui (catering), Kukuruchox Clan (Música) y Luis (Trasporte) por brindarme dedicacion, pasión y entrega total al proyecto cada día durante la elavoración del proyecto.

Y finalmente al Hospital Dermatológico Gonzalo Gonzalez y a Andrea Mora por darme la apertura de sus espacios para poder realizar con excelencia el piloto de la serie Panóptico.

## RESUMEN

Panóptico trata la vida del Dr. Benjamín Puertas, un prestigioso y reconocido médico, director del Hospital Psiquiátrico “San Agustín”. Benjamín padece de ser obsesivo compulsivo, una enfermedad que ha luchado durante toda su vida por superarla y que la ha mantenido siempre en secreto, dentro de su entorno laboral.

Su particular personalidad lo llevará a tener una profunda investigación en los casos de sus pacientes, haciendo hasta los experimentos más extremos para buscar la cura de su enfermedad.

## ABSTRACT

“Panóptico” is a tv. Production about the life of Dr. Benjamin Puertas, a prestigious and renowned psychiatrist, and director of the Psychiatric Hospital "San Agustin". Benjamin suffers from being obsessive compulsive, a disease that has struggled all his life to overcome it and that has always kept secret within their working environment.

His particular personality will take to have a thorough investigation in cases of their patients, making even the most extreme experiments to find a cure for their disease



**TABLA DE CONTENIDO**

Dedicatoria.....	5
Agradecimiento.....	6
Resumen .....	7
Abstract.....	8
Introducción.....	10
Objetivo.....	11
Justificación.....	11-17
Sinopsis General.....	18-19
Guión.....	19
Descripción de personaje.....	20-21
Criterios de producción.....	22-23
Estructura general.....	23-24
Investigación.....	25-44
Propuesta visual.....	44
Propuesta fotográfica.....	44-49
Diseño de arte.....	49-52
Vestuario.....	53
Casting.....	54-55
Bibliografía.....	56-57

## 1. INTRODUCCIÓN

*Todos estamos expuestos al juego de la mente, actualmente los factores de problemas mentales o desviaciones psicológicas, han aumentado, pero depende muchas veces de uno mismo el poder determinar nuestro camino. La salud mental es tan necesaria hacerse tratar como cualquier enfermedad “común”.*

Es muy llamativo el apego que el hombre puede tener sobre temas que captan nuestra atención, las hacemos parte de uno mismo y las queremos desarrollar de una manera única e inexplicable. Es así como desde hace algún tiempo he tenido la pasión por tratar temas psiquiátricos, analizando su entorno, acoplándolo con el mundo, mirando su verosimilitud clínica y retar a la mente humana, llegando a poner a prueba palabras como “cordura” y “locura”, ¿Hasta qué punto podríamos mantener nuestra “cordura”? .

Si bien es cierto es mucho más difícil de lo que parecería realizar un tratamiento profundo sobre el poder de la mente humana, incluso médicos quienes son expertos sobre el tema, aun no definen textos, lenguaje, conceptos que se deben emplear a este mundo psiquiátrico. Pero lo interesante de quienes podemos ser creadores de mundos y situaciones ficticias, nos permite poder jugar con hechos que probablemente en el mundo real aun no sean tan verosímiles o no se ha podido demostrar y nosotros podemos crear realidades ficticias en el espectador.

Básicamente es lo que quiero lograr en el piloto de la serie “Panóptico”, mostrar a un personaje real, con actitudes reales, en un mundo real, pero situaciones ficticias, enseñando que el mundo de los “locos” no es de solo personas que se encuentran detrás de un Hospital psiquiátrico, sino que muchos de nosotros así como el doctor Benjamín Puertas podemos ser frágiles de padecer algún trastorno o desviación psicológica y no queremos enfrentarlo hasta que probablemente sea muy tarde.

## **2 OBJETIVO DEL PROYECTO**

Producir un Seriado temático para la televisión, que aborde un conjunto de procesos y situaciones del misterioso mundo de la mente humana, siendo representada por un producto de ficción en el que se crearán personajes ficticios con temáticas y patologías psicológicas que son comunes actualmente en la sociedad.

Es por esto que los trastornos mentales a tratar no solo serán de un loco-demente-desquiciado que sufre de haber perdido su horizonte, sino, de pacientes que al ser o enfrentar realidades “normales”, por ciertos factores han perdido temporalmente o de manera definitiva su “cordura”.

El objetivo es que dentro de estos modelos de pacientes y sus trastornos mentales, el espectador pueda relacionarse con situaciones que probablemente y él ha sufrido, siente o que podría sufrir de ello.

Un punto clave o un punto de giro, es que el mismo Doctor (personaje principal de la historia) sea víctima de un trastorno mental, lo que esperamos que haga creer al espectador que todos, hasta el mismo Doctor que trata y “cura” a las personas con problemas mentales, pueda también padecer y ser frágil ante el poder de la mente humana.

## **3. JUSTIFICACIÓN**

Siempre me ha atraído el poder que puede tener la mente para el desarrollo de nuestra vida cotidiana, como también mirar de cerca a los profesionales que se dedican al estudio y al tratamiento de la salud mental y sobre todo me impresiona lo frágil que puede llegar a ser la mente sin distinción de la capacidad intelectual que un individuo pueda tener, puesto que el trastorno puede sufrir una persona extremadamente inteligente como una persona con un coeficiente intelectual bajo.

Mi interés surge a partir de analizar a nuestras sociedades, como una inconsciencia generalizada al ver que no se toma tan en serio al trastorno psicológico como una enfermedad crónica y de alguna manera cíclica; me refiero a que todos estamos expuestos al juego de la mente, actualmente los factores de problemas mentales o desviaciones psicológicas, han aumentado, pero depende muchas veces de uno mismo el poder determinar nuestro camino. La salud mental es tan necesaria hacerse tratar como cualquier enfermedad “común”.

Considero que esta serie llegará a ser beneficiosa para él televidente, porque el enfoque que se da en los casos de ciertos pacientes no serán siempre de trastornos graves, como esquizofrenia, delirio, demencia; sino también desviaciones provocadas por las exigencias de un sistema que nos obliga a cumplir con modelos, horarios, metas, es decir, hablo de trastornos mentales “leves” tales como la bulimia nerviosa, depresión, paranoia, obsesión que aparentemente para la sociedad son factores comunes fácil de buscar solución, pero no concientizamos que por estos actos “normales” la salud mental de la persona juega un papel de alto riesgo que si no son tratados a tiempo por un especialista, puede llegar afectar al paciente gravemente y a corto plazo.

Por otro lado el hecho de que el mismo Doctor padezca de ser obsesivo compulsivo, también le hará pensar al espectador que cualquier persona puede ser propenso a sufrir algún trastorno psicológico, incluso ha sucedido casos reales, de doctores especialistas que por no manejar adecuadamente el trato con sus pacientes y no asumen con mucho profesionalismo cada caso que se les presente, ellos pueden ser afectados inmediatamente y sufrir por casos como depresiones, inestabilidades emocionales, psicosis, entre otros problemas que han terminado incluso con su carrera profesional.

Esto será lo que la serie Panóptico quiere mostrar llevándolo al Doctor Benjamín Puertas como hilo conductor de muchas situaciones que se presentaran.

## **2.2 Análisis y estadísticas del aumento en la sociedad de trastornos mentales actualmente:**

Según estadísticas realizadas por especialistas y varias encuestas realizadas por Ministerios de Salud mundiales, se ha concluido que el riesgo de sufrir un trastorno mental es actualmente una epidemia silenciosa del siglo XXI.

Se ha comprobado que en solo 5 años el consumo de ansiolíticos y tranquilizantes ha aumentado en nuestro país casi en un 40%, siendo estos medicamentos que se emplean para problemas de ansiedad, fobias, trastornos alimenticios, dolor y otras adicciones. Y lo más preocupante aun es que el consumo de ellas empieza cada vez desde edades más tempranas entre infancia y adolescencia y obviamente prevalecen en la adultez.

Según un estudio mundial se cree que alrededor de cuatrocientos cincuenta millones de personas, están afectadas por algún tipo de enfermedad mental, de los cuales trescientos cincuenta millones padecen de depresión. Llegando a creer según esto que para el 2020 la depresión sea la causa más importante de incapacitación y muerte.

Por ejemplo dentro del país supuestas estadísticas hablan de resultados de que, un 20% de la población mayor de 16 años tienen riesgo de padecer una enfermedad mental. Y que este riesgo se incrementa a medida que aumenta la edad. Preocupa especialmente el gran número de suicidios entre personas que padecen enfermedades mentales. Según datos de la Organización de la Salud, entre 20 y 70 millones de personas intentan suicidarse cada año.

De ellas, un millón lo consigue y más del 90% de estos actos suicidas son por causas de presentar trastornos mentales de depresión, esquizofrenia y consumo de alcohol y drogas.

Armando Camino, psiquiatra especializado en todo caso de trastornos mentales del Centro de Salud Club de Leones, me comentó que en el Ecuador se mantiene en silencio este problema como tal por el temor de que se vuelva una conducta contagiosa, creando como tal un tabú social. Pero actualmente por el aumento mundial de casos la OMS piensan romper a través de campañas auditivas y televisivas haciendo que la persona primero enfrente su caso, lo asimile como tal y quiera buscar una ayuda temprana.

Según la estadística en el Ecuador de las personas que se suicidan encontramos que en los varones entre 15 a 24 años es un 4,7% y entre 25 a 34 años es de 9,5%, son cifras redondeadas no confirmadas.

Ahora la pregunta clave sería porque actualmente se ha incrementado tanto los casos de trastornos mentales?, cuales son sus factores?, que es lo que lleva a que la mente pueda jugar una mala pasada?

Como sabemos la mente puede llevar el control absoluto sobre nosotros y el poder que esta puede tener es extremadamente poderoso. Nadie puede asegurar tener una cordura al 100%, pues todos sufrimos de tener alteraciones así sean leves en nuestra cabeza, pero si uno no se controla y permite que este avance, podemos llegar a sufrir de trastornos como los que se tratan dentro la serie Panóptico.

Según el Dr. Armando Camino comenta que “Actualmente sufrir de trastornos se ha vuelto muy común por varios factores: primero por la dimensión social en la que se vive hoy en día y la importancia que tiene para el individuo la sociedad en la que vive, me refiero que ahora es una sociedad de competencia, egoísmo y que el éxito para vivir es el “dinero”, se lleva una vida extremadamente acelerada, deshumanizada donde todo parece ser precio y

donde la búsqueda del placer como único fin, conduce a la búsqueda de poder para sobrevivir. Quiero decir que estamos inmersos en un sistema que ha conseguido proyectar un ideal de vida que no esta al alcance de todos”.

Es necesario aclarar que según estadísticas, de un 100% de gente que padece de trastornos más del 50% son mujeres, se cree que son más débiles a enfrentar la presión social y son mucho más sensibles de perder el control sobre las cosas.

Es así pues que según casos que se presenta en el despacho del Dr. Camino son muchos más casos del sexo femenino que el masculino, pero de ambos lados es por las mismas causas de frustración, la falta de confianza de sí mismo, la desmotivación y la soledad al ver que no es capaz de poder imitar una vida de perfección, la sociedad nos presiona más y nuestra desesperación por alcanzarla nos descontrola emocionalmente y mentalmente.

“El individuo se da cuenta de que cuanto más tiene más insatisfecho se encuentra, ¿consecuencia? Cortocircuito. Es por esto que se crean trastornos mentales cada vez a edad más joven. Ponemos toda nuestra energía en el “tener” y dejamos de lado el “ser”.”  
Comenta el Dr. Armando Camino.

Necesitamos concientizar de un modo lento, deliberado y sistemático para comprender que todo lo que hacemos esta bajo el control de grandes redes neuronales que actúan debajo del umbral de la conciencia, es decir, la inconciencia opera con sentimientos que se contagia de una persona a otra de forma imperceptible, por lo que nos debe llevar a considerar con detenimiento lo que ocurre, ya que esta interacción sutil al procesar lo que vivimos hace que gire toda nuestra vida social.

Es por esto que según estudios es necesario empezar a fundamentar dentro de la sociedad la importancia que tiene la salud mental y lo necesario que es que la persona sea tempranamente tratada.

### **2.3 Análisis de contenido de los medios de comunicación.**

Como se sabe la televisión es el medio de comunicación con mayor cobertura y consumo a nivel mundial, tiene la mayor fuerza para lograr transmitir ya sean mensajes, informar, entretener o brindar cualquier tipo de información visual a las personas. Pero analizando desde un ámbito constructivo para una sociedad hablando ya directamente sobre nuestra sociedad ecuatoriana, vemos que la televisión que nos brindan, son programas no constructivos y de no mucho agrado de toda la sociedad ecuatoriana.

Nos limitan a tener una televisión que se margina a brindar mayormente programas de “entretenimiento” que tienen un contenido racista, sexista, machista, xenofóbico, vulgar y sensacionalista. La idea de la televisión ecuatoriana no ha sido enseñar, la importancia de los canales es el rating que puedan tener, y según los análisis realizados programas como “La pareja feliz”, “Mi recinto”, “A carne propia”, programas de farándula como “Vamos con todo” entre otros logran tener un alto rating en nuestro país, es por esto que competir ante esto se ha complicado a la creación de programas más constructivos. A continuación observaremos el informe de rating de los canales clasificados según la preferencia de ciudades como Quito y Guayaquil.

Considero que la idea de poder cambiar con la programación que nos brinda nuestra televisión es haciendo un análisis de los contenidos y brindando mayor apertura a nuevas propuestas televisivas que puedan brindar un contenido mucho más profundo para el televidente, ya sea de entretenimiento, informativo, ficción entre otros.



Hay que considerar que a partir de mediados del año 2013 con la aprobación de la Ley orgánica de Comunicación, el sistema de comunicación para la sociedad debe brindar los derechos de comunicación, información, libertad de expresión y sobre todo fortalecer la participación ciudadana, es decir todos los canales nacionales tienen que dar una transmisión al menos del 60% con contenido nacional es por esto que:

**Art. 97.- Espacio para la producción audiovisual nacional.-** Los medios de comunicación audiovisual, cuya señal es de origen nacional, destinarán de manera progresiva, al menos el 60% de su programación diaria en el horario apto para todo público, a la difusión de contenidos de producción nacional. Este contenido de origen nacional deberá incluir al menos un 10% de producción nacional independiente, calculado en función de la programación total diaria del medio.

La difusión de contenidos de producción nacional que no puedan ser transmitidos en horario apto para todo público será imputable a la cuota de pantalla que deben cumplir los medios de comunicación audiovisual.

Considerando esto, pienso que es un buen momento para nuevas producciones, para poder tener un cambio televisivo y poder recrear espacios televisivos enfocada para cada público específico.

Creo que la serie Panóptico como tal será un producto vendible en los medios porque como dije anteriormente el enfoque que se da en la serie es hacer entender sobre todo durante el lapso de ella que la salud mental es importante, se realizara esto tratando casos clínicos tanto severos como casos comunes que ahora se viven en la sociedad.

#### 4 SINOPSIS GENERAL

Panóptico trata la vida del Dr. Benjamín Puertas, un prestigioso y reconocido médico, director del Hospital Psiquiátrico “San Agustín”. Benjamín padece de ser obsesivo compulsivo, una enfermedad que ha luchado durante toda su vida por superarla y que la ha mantenido siempre en secreto, dentro de su entorno laboral.

Benjamín se destaca por ser un hombre inteligente y por su habilidad de observación sobre los trastornos mentales que presentan sus pacientes.

Su particular personalidad lo llevará a tener una profunda investigación en los casos de sus pacientes, conociendo la realidad que enfrenta cada uno de ellos con sus trastornos y fuera de su despacho una radical transformación surge en él, empieza a realizar experimentos antiéticos a sus pacientes, creyendo que cada caso podría ser la clave para descubrir la recuperación o cura definitiva de su propia enfermedad.

#### **Nota:**

Cada episodio trata diferentes casos clínicos, involucrando como personaje e hilo conductor al Doctor, los casos a tratar serán casos que se relacionan de alguna u otra forma con el trastorno que sufre Benjamín:

Esquizofrenia paranoide

Anorexia nerviosa, compulsivo-purgativo

*Síndrome de Diógenes*

Trastorno de múltiple personalidad

*Síndrome de Burnout*

Trastorno delirante somático

Trastorno de ansiedad Agorafobia

*Psicosis maniático depresivo*

*Trastorno de paranoia compartida*

*Síndrome de Capgras*

*Trastorno límite de la personalidad T.U*

*Trastorno Obsesivo compulsivo*

## **4 GUIÓN**

## 5 DESCRIPCIÓN DEL PERSONAJE

**Nombre:** Benjamín Puertas

**Cualidades importantes del personaje:**

- Perfeccionista en su trabajo,
- Analítico
- Observador
- Solitario
- Introverso
- Apasionado con los trastornos mentales.
- Sufre de ser obsesivo compulsivo de tipo Tricotilomaníaco
- Antisocial
- Depresivo
- Ansioso
- Paranoico

**La función del personaje:** Protagonista

**La convicción del personaje o su arco:** De causar simpatía a temor

**Acción dramática del personaje:** Esconde su trastorno, curar y hacer experimentos para su propia cura.

**Necesidad del personaje:** Curarse

**Deseo del personaje:** Ser normal y encajar en un entorno social

**Motivación:** Satisfacción en aliviar su enfermedad mental (placer)

**Limite del autoconocimiento:** No sabe hasta que punto de crueldad puede llegar haciendo experimentos con sus pacientes. No siente dolor ajeno.

**Rasgo dominante del personaje:** Su obsesión compulsiva

**Emoción dominante:** Esta siempre alerta, paranoico

**Elementos críticos del personaje:**

- En su infancia el ambiente familiar era disfuncional. Nunca recibió atención o estimulación táctil por parte de su madre cuando era apenas un bebe,
- El tiempo que brindaban sus padres a Benjamín era mínimo, dedicaban mayor tiempo a su ámbito laboral.
- Su padre era un hombre agresivo y depresivo, constantemente golpeaba a su madre y Benjamín presenciaba esos actos de violencia.

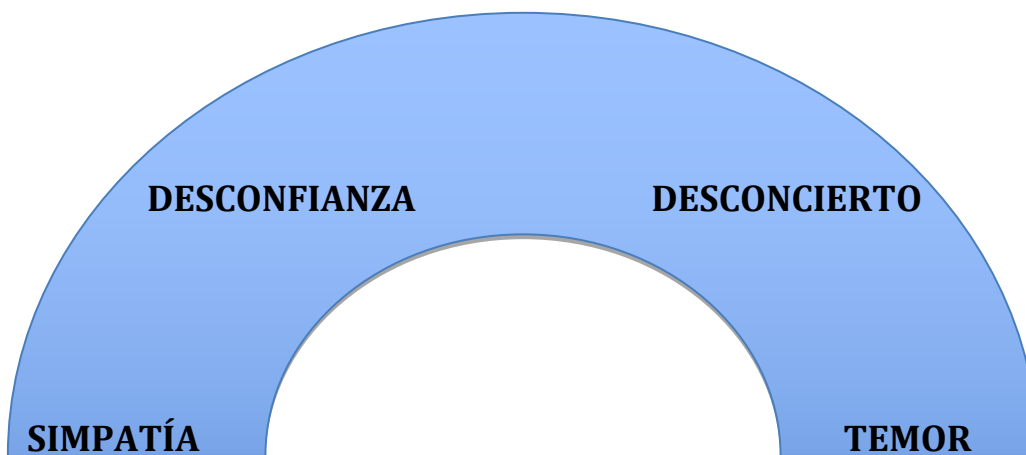
- La ausencia paterna, le hace que empiece a llamar su atención jalándose el cabello a la edad de 5 años.
- Su padre al darse cuenta empieza a querer corregir este problema por medio de golpes, lo cual llega a agudizar más su manía por jalarse el cabello, pero ahora después de arrancarse cabello, lo huele, se come la raíz y guarda su cabello.
- La inestabilidad familiar le hace volver una persona insegura y difícil de socializar. Es por esto que compañeros de escuela y colegio lo molestaban constantemente por su problema y lo destacan de ser raro por no tener un comportamiento “adecuado”
- A la etapa de su adolescencia y adultez su frustración de no poder socializar y tener un afecto femenino lo lleva a que sea un problema para él difícil de controlar. Empieza a tener obsesión por el cabello ajeno, guarda su propio cabello y empieza a ser un gran coleccionista de pelucas y de sombreros, los cuales utiliza para poder encajar su entorno social.
- Benjamín se convierte en un gran Médico Psiquiatra por la enfermedad que el presenta de ser obsesivo compulsivo de tipo Ticolomaniaco.
- Pero su característico problema ya le llevo a ser una persona no sociable, serio, misterioso y con su único objetivo que es curarse de su enfermedad.

**Conflicto interno:** Escondarse, nunca ser descubierto.

**Falencia del personaje:** Soledad

**Cual es el fantasma/ que no tiene el personaje:** Cordura, salud mental, relaciones.

**Arco Dramático:**



## 6 CRITERIOS DE PRODUCCIÓN

### 6.1 Ficha Técnica:

**6.1.1 Tipo de programa:** Serie de Televisión (Ficción).

**6.1.2 Nombre:** “Panóptico”.

**6.1.3 Tipo de emisión:** Pregrabado.

**6.1.4 Número de episódico:** 12 episodios

**6.1.5 Duración por episodio:** 30 min, incluidas comerciales, cabezote inicial y créditos finales. (Primera temporada).

**6.1.7 Horario/frecuencia:** 1 emisión por semana, durante 12 semanas.

**6.1.8 Género:** Programa Drama-Misterio.

**6.1.9 Cortes internos:** 3 cortes internos.

**6.1.10 Target:** Mayores de 15 años.

#### **6.1.11 Equipo básico de producción:**

- Director (Asistentes)
- Productor (a) de Campo. (Asistentes)
- Director de Fotografía (Asistentes)
- Director de Arte (Asistentes)
- Vestuarista
- Maquillista-FX

- Sonidista (Asistente)
- Actores (# depende el episodio)
- Editor

**6.1.12 Asesor Psiquiátrico:** Dr. Armando Camino (Doctor de Centro de Salud “Club de Leones”).

## **7 ESTRUCTURA GENERAL**

La primera temporada de Panóptico consta de 12 episodios, cada uno de 20 minutos de duración.

En la cual la primera temporada conoceremos en un inicio al Doctor Benjamín Puertas, psiquiatra del Hospital San Agustín, sabremos sus conflictos, vivencias y experiencias con su trastorno de ser obsesivo compulsivo. Durante toda la temporada miraremos la obsesión que tiene por buscar la cura de su enfermedad. Es ahí cuando ingresan los personajes secundarios, que son sus pacientes, de quienes también nos infiltraremos en las experiencias que enfrentan cada uno de ellos.

Cada episodio tratará un caso clínico diferente y en cada episodio se realiza un análisis profesional del doctor del caso clínico como tal y un experimento diferente con cada paciente a tratar.

Panóptico cuenta con 12 pacientes que sufrirán de:

- Tomás, Esquizofrenia de tipo paranoide
- Luisa, Anorexia nerviosa (compulsivo-purgativo)

- Martha, Síndrome de Diógenes
- Vannesa, Trastorno de múltiple personalidad
- Víctor, Síndrome de Burn Out
- Juana, Trastorno delirante somático
- Simona, trastorno de ansiedad Agorafobia
- José, Psicosis maniático depresivo
- Daniela y Manuela, Trastorno de paranoia compartida
- Bárbara, Síndrome de Carpgras
- Jonathan, Trastorno límite de la personalidad
- Dr. Benjamín Puertas, Trastorno obsesivo compulsivo.



## 8. INVESTIGACION

### 8.1 Perfiles de los personajes

#### *8.1.1 Dr. Benjamín Puertas:*

Nombre: Benjamín Puertas

Ocupación: Medico Psiquiatra

Edad: 50 años

Lugar de nacimiento: Ambato-Ecuador.

- **Infancia:**

Se cría en un ambiente familiar relativamente normal, es hijo único; su madre escribía artículos para una revista religiosa, ella era extremadamente creyente y su padre era pintor, apasionado por su profesión y sufría en ocasiones de tener crisis de depresión.

Benjamín era poco sociable e introvertido, tenía un único amigo, llamado Camilo, que vivía en su mismo barrio y estudiaba en la misma escuela. Tenía complicaciones para poder relacionarse con otros niños por su obsesión de evitar ensuciarse y tomar bacterias que tenían estos juguetes ajenos, prefería invitar a Camilo a su casa para jugar con sus cosas que estaban siempre limpias e impecables.

A partir de la edad de 10 años sus padres detecta comportamientos muy extremos en Benjamín como:

- Temor a contaminarse
- Temor a causar daño a otros (Decide aislarse de su único amigo)

- Temor a que le pase algo a sus padres, empieza a sobre protegerlos.
- Empieza a tener ideas agresivas (empezó a reaccionar mal con sus compañeros de escuela).
- Pensamientos Prohibidos (Escucha una voz que le decía palabras antirreligiosas y alucino una vez haber visto la cola del diablo)
- Empieza a rezar gritando y pedía a su madre que le de la bendición cada 30 min.
- Necesitaba que todo este simétrico, nada puede ser diferente, si no estaba así perdía el control.
- Su manía por lavarse su cuerpo, en especial sus manos fue aumentando, lo hacia cada vez que topaba cualquier objeto.
- Repetía acciones 7 veces, él consideraba un numero de suerte y a la séptima vez creí que estaba “bien hechas las cosas” (ej. rituales al vestirse).
- Se aseguraba de haber cerrado bien la puerta, que este bien apagado el gas, apagada la luz, cerrada bien el agua etc.
- Al contar los objetos se saltaba siempre un número, el 6 nunca lo nombraba.
- Empezó acumular cosas, no podía tirar nada, temores de perder objetos que puedan resultar importantes (que objetivamente eran intrascendentes).

Sus padres sienten temor del cambio de su hijo y empiezan a auto medicarle, sus síntomas disminuyeron pero aun las mantenía. Benjamín era consiente de su enfermedad y le frustraba no poder ser una persona “normal”.

- **Adolescencia-adultez**

Benjamín decide abandonar a sus padres y viajar a Quito, para empezar a estudiar la carrera de Psiquiatría. Él empieza a ejercer a la edad de 27 años, siendo asistente de uno de los doctores de Psiquiatría en el Hospital San Agustín y actualmente es un prestigioso y reconocido médico y director del mismo Hospital. Dentro del Hospital todos ignoran sobre la enfermedad que padece el Doctor y él trata de mantenerlo hasta las últimas consecuencias en secreto.

El objetivo para el Doctor Puertas siempre fue buscar la cura definitiva y tras varios intentos fallidos de pastillas ingeridas, sus síntomas volvían a retomar y con mayor fuerza. Benjamín terminará por realizar investigaciones y experimentos antiéticos con sus pacientes, que según sus estudios tienen ciertas enfermedades mentales tienen relación con su propia enfermedad y que podría ser la definitiva cura para su Trastorno.

- **Descripción física:**

Tez: blanca

Altura: 1,80 aprox.

Contextura: Gruesa

Cabello: Negro con pocas canas

Longitud del cabello: Abultado

Ojos: Cafés

### ***8.1.2 Paciente Esquizofrénico tipo Paranoide:***

Tomás, músico de 24 años de edad, soltero, con escolaridad de séptimo grado, cesante. Presenta un cuadro clínico que inicio hace 8 años atrás, a la edad de 17 años, cuando tuvo un primer episodio caracterizado por:

- Desnudismo
- Soliloquios (el paciente hablaba en voz alta acompañada con gestos, como dirigiéndose a un auditorio imaginario)
- Conductas bizarras (comía cada papel de sus creaciones musicales)
- Varias alucinaciones auditivas (los instrumentos le hablaban)
- Alucinaciones visuales (mira duendes y siente una persecución de ellos constantemente que le obligan a que se golpee contra la pared. Alucina mujeres desnudas que bailan al compás de sus notas musicales).
- Tiene ideas obsesivas de contaminación, utiliza para todo guantes y limpia varias veces los objetos que va a tocar.

#### **Antecedentes:**

Entre sus antecedentes de importancia se encuentra que fue consumidor de marihuana (durante 1 año), de cocaína (desde los 17 años de edad) y de cigarrillo (en cantidad de un paquete diario desde los 15 años hasta la fecha).

El paciente ingresa al Hospital San Agustín, con diagnóstico de esquizofrenia de tipo paranoide.

### ***8.1.3 Paciente Anoréxica nerviosa tipo (compulsivo/purgativo):***

Luisa, gastronoma de 28 años de edad. Presenta un cuadro clínico de evolución hace 13 años atrás, a la edad de 14 años, cuando tuvo ya episodios caracterizados por:

- Rechazo radical hacia la ingestión de alimentos
- Depresión
- Irritabilidad
- Ideas de desesperanza e impotencia
- Alucinaciones visuales o trastorno dismórfico (Se observa obesa, se preocupa por su defecto corporal imaginario).
- Fobia Social, se siente humillada y enojada comer en público.
- Presenta obsesiones y compulsiones con los alimentos, elige minuciosamente los alimentos que no le engorden y vuelve rutina el horario de: sus vómitos auto inducido, de ingerir laxantes, hacer ejercicio físico excesivamente y el usar inhibidores del apetito y/o diuréticos.

#### **Antecedentes:**

Entre sus antecedentes de importancia su trastorno de anorexia se causa a partir de que es víctima de burlas de sus compañeras de colegio quienes le decían que estaba muy desarrollada y gorda; empezó a sentirse despreciada y sentirse con sobrepeso.

Siempre ha sufrido de manifestar más fragilidad emocional de lo normal y confiesa haber meditado pensamientos recurrentes de muerte.

Presenta problemas de control de los impulsos, de abusar del alcohol o de otras drogas.

Entre un dato importante familiar, su padre de 62 años tiene el antecedente de haber sido internado en esta institución por un aparente trastorno de adaptación ansioso depresivo hace unos 30 años, provocado por un accidente de trabajo, en el que tuvo que ser amputado del 2º y 3er dedo de mano derecha.

El paciente ingresa al Hospital San Agustín, con diagnóstico de Anorexia nerviosa tipo compulsivo/purgativo.

#### ***8.1.4 Paciente con Síndrome de Diógenes:***

Martha, 65 años de edad. Presenta un cuadro clínico de evolución hace más 8 años atrás, a la edad aproximada de 57 años, cuando tuvo ya episodios caracterizados por:

- Aislamiento social (voluntario)
- Se recluyó en el propio hogar (voluntario, solo tenía contacto con el mundo exterior para buscar los objetos que su mente le pide)
- Acumulación de basura o de desperdicios domésticos.
- Presenta cuadros depresivos
- Presenta desorden de ansiedad.
- Variación de estado de ánimo
- Pérdida de peso (Debido a los desórdenes de alimentación, como no hay control y se pierde el interés de la rutina, estos comienzan por saltar comidas, o digerir cosas en mal estado.)
- Conducta Obsesiva compulsiva (Pensamientos repetitivos de acumulación de objetos de cualquier índole)

**Antecedentes:**

Entre sus antecedentes de importancia su trastorno de padecer Síndrome de Diógenes se causa a partir de la muerte de su único familiar, su hijo de 28 años de edad; quien según vecinos comenta que era su compañía, su ayudador, su amigo. Siempre fue una mujer poco a fin con todas las personas, no hablaba mucho y ella era muy observadora, su única estabilidad de vida era su hijo. Él falleció hace 9 años atrás y su trastorno se produce a raíz de ello, la tristeza y la desesperación, comienzan a justificar sus cambios de actitud. Martha empezó a tener horarios específicos en los que ella salía de su casa únicamente para buscar los objetos que ella creía necesarios y siempre regresaba con una funda grande llena de cosas inservibles y basura. Mantenía todos los objetos de su hijo y le realizó un altar.

El paciente ingresa al Hospital San Agustín, con diagnóstico de sufrir Síndrome de Diógenes tipo agudo.

***8.1.5 Paciente con trastorno de identidad disociativo (personalidad múltiple):***

Vanessa, pintora de 24 años. Presenta un cuadro clínico de evolución hace más de 13 años, a la edad de 11 años cuando tuvo ya episodios caracterizados por:

- Depresión.
- Ansiedad.
- Anhedonia (se sentía incapaz de experimentar placer, perdiendo de esta manera interés por todo e incapaz de ser feliz o de sentir satisfacción al realizar cualquier tipo de actividad).
- Actos suicidas por alucinaciones.

- Empezó a adaptar múltiples personalidades (Empezó a creer que era un gato y adaptaba actitudes del animal y posteriormente volvía retomar su propia personalidad)
- Compulsivamente buena en ocasiones y extremadamente agresiva otras veces.
- Habilidad para separar los propios recuerdos, percepciones o identidades del conocimiento consciente.
- Abrumada con cefaleas (dolores de cabeza intensos y persistente).
- Delirios constantemente.
- Amnesia en cada cambio de personalidad
- Y con negación de las alternas.

**Antecedentes:**

Entre sus antecedentes de importancia se encuentra que su madre falleció cuando nació la paciente. Se cree que a partir de ahí sufrió constantemente de maltrato infantil por parte de su padre, él confiesa haber sentido desprecio o resentimiento con su hija por la muerte de su esposa. Vanessa adopta un mecanismo de defensa para poder sobrellevar el dolor y el miedo provocado por parte de su padre y adopta una segunda personalidad de creerse gato, ella adopta esta personalidad porque su padre tenía una gata a quien mimaba y brindaba mucho tiempo y ella creyó que adaptando esta personalidad obtendría la atención y cariño de su padre. Vanessa es una persona capaz de disociar fácilmente y suele ser artísticamente creativa.

El paciente ingresa al Hospital San Agustín, con diagnóstico de trastorno de identidad disociativo (personalidad múltiple).



### ***8.1.6 Paciente con Síndrome de Burnout:***

Víctor, profesor de 35 años. Presenta un cuadro clínico de evolución hace más de 5 años, a la edad de 30 años, cuando tuvo ya episodios caracterizados por:

- Fatiga
- Dificultad para levantarse en las mañanas.
- Aburrimiento
- Irritabilidad.
- Insomnio
- Exigencia extrema para volver a encontrar la perfección en su trabajo.
- Baja tolerancia a fracasar
- Obsesión permanente de destacarse en sus tareas, basados en un perfeccionismo extremo.
- Repetición constante de acciones continuamente hasta que él considere que este bien hecho.
- Dificultad para trabajar en equipo.
- Sensibilidad extrema.

#### **Antecedentes:**

Entre sus antecedentes de importancia su trastorno de padecer Síndrome de Burnout se produce a raíz de que inicia siendo profesor en una escuela privada y empieza a ser agredido verbalmente y físicamente por los alumnos del colegio, al tratar de defenderse él paciente empieza a tener

conflictos con las autoridades del instituto y a raíz de esto tiene una mayor exigencia laboral, empieza a sentir impotencia de no poder tomar medidas necesarias con el comportamiento con sus alumnos, comienza a tener un aumento de ansiedad y una enorme carga emocional en la que no logra encontrar un camino para ser liberada. Se empieza a sentir limitado en sus tareas que le apasionaban y siente gran desmotivación por todo lo que le rodea, hasta llegar al colapso total.

El paciente ingresa temporalmente al Hospital San Agustín, con diagnóstico de Síndrome de Burnout agudo.

### ***8.1.7 Paciente con Trastorno Delirante tipo Somático:***

Juana, Fotógrafa de 30 años. Presenta un cuadro clínico de evolución hace más de 5 años atrás, a la edad de 25 años luego de haber recibido un golpe en el cráneo propinado por su pareja, inicio ya con episodios caracterizados por:

- Queja constante de cefalea que no respondía a ningún analgésico común.
- Ideación delirante hipocondriaca de padecer un tumor cerebral (Idea que la mantuvo incluso posterior hacerse una tomografía axial).
- Tiene ideas delirantes y alucinaciones (que tras el golpe realizado por su pareja con un palo de madera, se introdujo en su cabeza una bacteria que está afectando en todo su organismo y que se ha multiplicado).
- Busca evaluación médica de manera recurrente (Constantemente crea nuevos daños en su organismo que han dejado de funcionar por causa de esta bacteria).
- Utiliza medidas extremas para erradicar el parásito de su cuerpo (estas medidas incluyen el uso de elementos cortos punzantes, insecticidas, detergente, lociones y antisépticos).

- Mantiene una obsesión con la limpieza de su cuerpo y con los objetos para evitar que más bacterias se introduzcan en su cuerpo.

**Antecedentes:**

Entre sus antecedentes de importancia carece de enfermedades medicas e historias de fármacos previos, no consume sustancias psicoactivas. La relación con su pareja es conflictiva pues él ha mencionado que siempre la paciente a fingido sus enfermedades para evitar conseguir un trabajo y atribuir también a su hogar y siempre ha tenido una alteración de ira en su carácter. Su pareja la golpeo con un palo de madera en el cráneo en la última pelea que tuvieron y esta fue la causante de la ruptura definitiva.

El paciente ingresa al Hospital San Agustín con diagnostico de Trastorno Delirante tipo Somático.

***8.1.8 Paciente con Trastorno de Ansiedad Agorafobia:***

Simona, de 32 años de edad. Presenta un cuadro clínico de evolución hace 1 año, a la edad de 31 años, cuando tuvo ya episodios caracterizados por:

- Miedo y ataques de pánico constante.
- Inseguridad de estar fuera de su casa (Creía que el único lugar que le brindaba protección era su hogar).
- Mareos y nausea en cada ataque de angustia, cada vez eran mas frecuentes.
- Palpitaciones aceleradas del corazón (Hacia creer que le iba a dar un infarto).
- Aislamiento total, sin tener contacto alguno con nada ni nadie (Creaba excusas para no salir, que sentía enferma, tenia que estar con sus hijos etc.).

- Pensamientos distorsionados (Constantemente cree que algo malo va a ocurrir, que vas a sufrir un infarto y que vas a llegar a morir)
- Miedo a los lugares públicos abiertos, miedo a ir a cualquier lugar desprotegido, miedo al contacto con la gente.
- Anomalías en la visión (Mira “lucecitas”)
- Pensamientos acelerados de querer escapar.
- Se obsesiona con la seguridad total de la casa (coloca varios seguros en la puerta, adecua en su recamara un aparato para poder ver cuando ella este acostada en el exterior de la casa y crea formas de escape si se ve temerosa de estar incluso dentro de su casa).

**Antecedentes:**

Entre sus antecedentes de importancia Simona siempre fue una persona muy precavida y siempre alerta de todo lo que le rodeaba. Se cree que su trastorno empieza a partir de un miedo oculto que tenía en su pasado; la paciente de niña confiesa que casi fue violada, por unos ladrones que asaltaron a su madre bruscamente, ella guardo ese temor y continuo ocultándolo durante varios años de vida, pero hace un año atrás fue asaltada bruscamente y sus recuerdos retornaron produciendo en ella esta alteración en su cerebro y provocando su fobia social. Durante el año la paciente no salió de su casa.

El paciente ingresa al Hospital San Agustín con diagnostico de Trastorno de ansiedad tipo Agorafobia.

### ***8.1.9 Paciente con Psicosis maniático depresivo:***

José, de 27 años de edad. Presenta un cuadro clínico de evolución hace 7 años, a la edad de 20 años, cuando tuvo ya episodios caracterizados por:

- Insomnio menor necesidad de descansar y sueño
- Autoestima exagerada
- Mayor distracción e irritabilidad
- Excesiva participación en actividades placenteras y de alto riesgo que pueden provocar consecuencias dolorosas (Le gusta consumir drogas y alcohol y muchas veces perdía el control y le gustaba pedir que sus amigos le peguen en la cara).
- Aumento de locuacidad (Habla demasiado rápido y cambia de temas repentinamente)
- Mayor nivel energía en ocasiones y bajaba su energía al instante.
- Presentaba momentos altos grados de depresión, sentimientos de desesperanza, tristeza, pensamiento de querer morir.
- Marcados cambios de estado de ánimo, por ejemplo, el sentirse inusualmente feliz o tonto, extrañamente enojado, agitado o agresivo.
- Ideas agresivas que quería realizar con su entorno social, esto se producía cuando tenía alucinaciones auditivas que le obligaban hacer actos brutales.

**Antecedentes:** Entre sus antecedentes de importancia, el paciente a la edad de 6 años empezó a tener conflictos en la escuela por tener dificultad de concentrarse, empezó a tener rendimientos extremadamente bajos y mediocres.

Padre 70 años, sufre de ser bipolar pero es tratado con medicamentos que lo mantienen estable.  
Madre, 71 años, sana.

Él es el 4to hijo de cinco hermanos, uno de sus hermanos falleció sin saber su causa y una prima estuvo internada en un Hospital Psiquiátrico, sin saber la causa. Su familia tiene problemas con el alcohol, son bebedores excesivos. El paciente puede sufrir de este trastorno por una causa hereditaria, porque no se registra actos que sean causantes de su comportamiento.

El paciente ingresa al Hospital San Agustín con diagnóstico de Psicosis maniático depresivo.

#### ***8.1.10 Pacientes con Trastorno de Paranoia compartida:***

Daniela, de 20 años de edad y Manuela de 15 años. Presentan un cuadro clínico de evolución hace más de 3 años, a la edad de 17 años Daniela y 12 años Manuela, Cuando iniciaron teniendo episodios caracterizados por:

Daniela-Hermana mayor (Paciente inductor):

- Trastorno psicótico previo,
- Rasgos de personalidad más fuerte y agresivos
- Rechazo con el mundo exterior
- Aislamiento con el mundo
- Se notaba la autoridad de ella con su hermana menor, su imponencia de las cosas con ella.
- El trastorno le permitía a pesar de ser la paciente enferma mantener el contacto con la realidad.
- Pensamientos suicidas.

- Alucinaciones auditivas (Escuchaba una voz que le hablaba en palabras descompuestas que solo ella podía interpretarlas, la paciente comentaba que le mandaban a que mate a su hermana y ella).
- Delirios de persecución.

Manuela-hermana menor (Paciente receptor):

- Influida al trastorno mental psicótico.
- Personalidad débil y fácil de influenciar.
- Actos agresivos con el mundo exterior.
- Aislamiento con el mundo.
- Extremadamente tímida
- Para la paciente mas sana, el trastorno era una manera de satisfacer necesidades de dependencia, evitando la amenaza y hostilidad por parte del individuo dominante, disfrazándola inconscientemente de psicosis.
- Delirios de persecución.
- Depresión aguda.

Daniela y Manuela: Ambas a partir de esta relación muy estrecha, de experiencias vitales compartidas, necesidades y esperanzas comunes comparten:

- Ideas delirantes.
- Empiezan a tener mismas actitudes agresivas con la gente.
- Se apoyan mutuamente en sus creencias y alucinaciones.

- Y crean entre ellas una dependencia y ambivalencia.

**Antecedentes:**

Entre sus antecedentes de importancia, su padre falleció cuando ellas eran muy pequeñas, tienen poco recuerdo de su padre; la madre de las pacientes fue secuestrada hace 3 años atrás y nunca fue encontrada, las pacientes tuvieron que ir a vivir con el hermano de su mamá, quien les agredía siempre verbalmente y en ciertas ocasiones sufrieron de agresiones físicas. El tío continuamente inventaba a las niñas que su madre fue llevada por seres del espacio (extraterrestres) y les metía mucha historia sobre estos seres ficticios., sus historias fueron causa de impacto para su mente.

Daniela fue la más afectada por la ausencia de su madre, lo que le llevó a tener comportamientos diferentes, presentar alucinaciones auditivas (creía que venían de parte de estos seres del espacio) y empezó a recrear varias actitudes y pensamientos distorsionados en su mente.

Al año Daniela cumple su mayoría de edad para poder asumir la responsabilidad de su hermana y deciden ir a vivir nuevamente a su casa, aislándose de manera radical del mundo exterior. La crisis en Daniela se agudiza más e influye sobre su hermana, sus creencias, sus actitudes, visiones; recreando en ellas realidades similares, ellas empiezan a tener alucinaciones que la gente pretende secuestrarlas y hacerles daño, su nivel de psicosis aumenta y crea en ellas actos agresivos, llevándolas a cometer un acto asesino con su tío, lo queman y hacen creer que fue un accidente.

Después de un análisis clínico en el Hospital San Agustín, se decide enviar a Manuela a vivir con su abuela materna bajo supervisión e internar a Daniela al hospital. Ambas son diagnosticadas de sufrir Trastorno de Paranoia compartida.

***8.1.11 Paciente con Síndrome de Carpgras (falsa identificación delirante).***

Bárbara, de 38 años de edad. Presenta un cuadro clínico de evolución hace 26 años, a la edad de 12 años, cuando tuvo ya episodios caracterizados por:



- Cuadros de agresividad (lastimaba físicamente a su madre y a su hija)
- Trastornos de conducta
- Cuadro de insomnio.
- Ideas delirantes (Desconocía a sus familiares, tanto a su madre como a su hija, amenazó con cuchillo colocándolo en la cabeza a su madre, otra vez les hecho gasolina en sima y quería quemarlas).
- Se muestra incoherente.
- Manifestó que existen 5 jóvenes que dicen ser su hija y que existen mas de 10 personas que son similares a su madre (Menciona el nombre de su mamá como de su hija en plural).
- Empezó a decaer en depresión, empezando a rechazar alimentos y líquidos provocando deshidratación.
- Empezó a tener mucha ira.
- Cree que ella esta en constante transformación y que tiene una doble, que la quiere sustituir, constantemente cambia físicamente.
- Rasgos obsesivos, de manía y sicopáticos.

**Antecedentes:**

Entre sus antecedentes de importancia se caracterizaba por ser una niña tímida, rígida e introvertida, su carácter cambia a los 12 años, a raíz de una caída de 2 metros, recibe un golpe fuerte su cabeza y paso inconsciente durante 30 min; a partir de esto la paciente tiene un cambio brusco de carácter teniendo, poco control de impulsos, se vuelve extremadamente fantasiosa,

indecisa, insegura de si misma y con tendencias al retraimiento y aislamiento social. A medida que va creciendo empieza a tener sentimientos de desamparo y de vacío interior que se asocian con episodios depresivos, empieza a tener alusiones auditivas y visuales terminadas por desconocer a su madre, hija y a ella misma, cree que son remplazadas, que son personas que quieren sustituirlas, personas parecidas pero no son ellas.

El paciente ingresa al hospital San Agustín con Trastorno de ideas delirantes (Síndrome de Capgras, falsa identificación delirante de si mismo).

#### ***8.1.12 Paciente con Trastorno Límite de la personalidad (tribus urbanas):***

Jonathan, de 18 años de edad. Presenta un cuadro clínico de evolución hace 4 años, a la edad de 15 años, cuando tuvo ya episodios caracterizados por:

- Rechazo o fobia a la sociedad (Se crea a partir de que sufre de ser rechazado y de sufrir agresiones e insultos por parte de sus compañeros de colegio).
- Sensibilidad emocional.
- Su carácter empieza a variar, era extremadamente pesimista y depresivo.
- Se empezó a provocar autolesiones (Disfrutaba del dolor, creía que el dolor que se provoca le ayudaría a sentir más confianza en él mismo y a mantener una emoción permanentemente, cada rechazo o agresión por parte de otra persona tenía su propia marca en su cuerpo, se auto lastimaba cortándose con una Gillette en la parte inferior de los brazos, se creó una marca en su pecho que representaba el ingreso a su nuevo grupo social, y se quemaba la yema de 3 dedos cuando el dolor era provocado por conflictos de parte de los miembros de su familia, cada miembro tenía un dedo específico para marcar el dolor provocado.)

- Se volvió sadomasoquista.
- Empezó a tener cambio de humor, inicio de bipolaridad.
- Deja de tener control en sus impulsos (Se golpeaba la cabeza contra el suelo).
- Empieza a sentir desconfianza de todas las personas (Alucina que todos quieren hacerle daño)
- Empieza a aislarse mucho más de la sociedad y a maquinarse actos violentos en contra de sus enemigos.
- Vuelve una obsesión su autoimagen.
- Crea rutina en sus autolesiones.
- Pierde el autocontrol

**Antecedentes:**

Entre sus antecedentes de importancia, su padre es alcohólico, de carácter agresivo con su madre, su madre tiene adicción por la cocaína, tiene un hermano mayor de 22 años quien agrede constantemente al paciente porque lo consideraba homosexual por sus actitudes. Desde pequeño sufrió de ver los maltratos que su padre generaba a su mamá y en algunas de ellas fue involucrado de maltrato físico.

El paciente siempre sufrió de tener inestabilidad emocional, introvertida, muy observadora, sufrió de muchas humillaciones por otros niños, creando una ira interna no expresada inmediatamente. Al ser adolescente sus estados de ánimo se marcan mucho más. Conoce un grupo de jóvenes que compartían situaciones similares y empieza a relacionarse con ellos, creando ya cambios extremos de actitud que fueron comentados anteriormente, hasta perder el control totalmente. El paciente

ingresa al Hospital San Agustín con Trastorno límite de la personalidad, causada por un caso común en la sociedad, influenciada por creencias de Tribus Urbanas.

## **9. PROPUESTA**

### **9.1 Propuesta visual:**

La Serie se va a contar a través del Dr. Benjamín Puertas, quien nos infiltrará en el misterioso mundo de la mente humana, desde experiencias con su propia enfermedad, hasta las de sus pacientes seleccionados para su investigación.

Aprovecharemos del espacio de la locación, para interpretar varios síntomas, visiones y vivencias que enfrentan las personas que padecen de trastornos mentales mas elevados.

El punto de vista del espectador será en ocasiones el vigilante de este gran misterio, el espectador será un personaje más de la serie porque se enfrentará a emociones y casos que probablemente los haga como parte de él.

Sera una Serie en constante movimiento, viajes, alucinaciones visuales y auditivas, que proyectará la realidad denominada normal y que nos lleva a la reflexión entre lo que es normal o anormal en nuestra sociedad.

### **9.2 Propuesta fotográfica:**

La imagen de la Serie “Panóptico” deberá cumplir con una propuestas narrativa en los sucesos de las historias de cada paciente, es decir, de como se produjo su trastorno; será como una regresión por así decirlo. Esto será acordado con todos los departamentos de la producción, como referencia podría ser fotografías y elementos de Sergio Larraín (Chile), de Ryan Schude (Los Angeles), Roberto Kusterle (Italia) y *Christopher Doyle*, en donde observemos un ambiente caótico y

perturbador. Por lo que la dirección de fotografía seguirá la misma forma oscura, enrarecida y con toques surrealistas.

La intención de los encuadre y la luz harán sentir esta onírica mirada, que para el espectador se verá reflejada en el personaje principal de la serie, el Doctor Benjamín Puertas y los ambientes que este transita, es por esto que se manejará el uso de colores fríos como: blanco sucio, grises, negro y azul; pero también con toques de colores marrones y verdes para dar una toque de esperanza. Esto se solucionará con toques técnicos de luz artificial en los ambientes dentro del Hospital y en exteriores se podría solucionar en post. El objetivo es recrear una atmosfera irreal en ocasiones y en otras ocasiones reales.

En varias escenas dependiendo el caso del paciente y su trastorno como tal se trabajará contrastes marcados y zonas con sombras fuertes-densas. Sus planos en la mayoría serán generales, subjetivos, detalles, planos medios, plano sobre el hombro, plano picado y plano en profundidad.

En la utilización de la luz natural se hará a la caída del sol, donde el dominante es la luz difusa y un color lila intenso que intensificara el contraste en el rostro tanto del Doctor como el de los pacientes, para dar una impresión de que viene algo más o se producirá una transformación en los personajes.

Finalmente concluyo con mis referentes estéticos, como:

• *Sergio Larraín*



Plano en profundidad



Plano detalles



Sombras Marcada

- Ryan Schude



la caída de luz y transformación.

Plano medio, idea de



Paleta de color, marrones, grises, verde, violetas



Planos generales y paleta de color, marrones, grises, verde, grises.



Paleta azul, marrón, negro., violetas

- Christopher Doyle



Plano Subjetivo



Plano picado



Plano en profundidad



- **Roberto Kusterle**



Surrealismo

### 9.3 Diseños de Arte

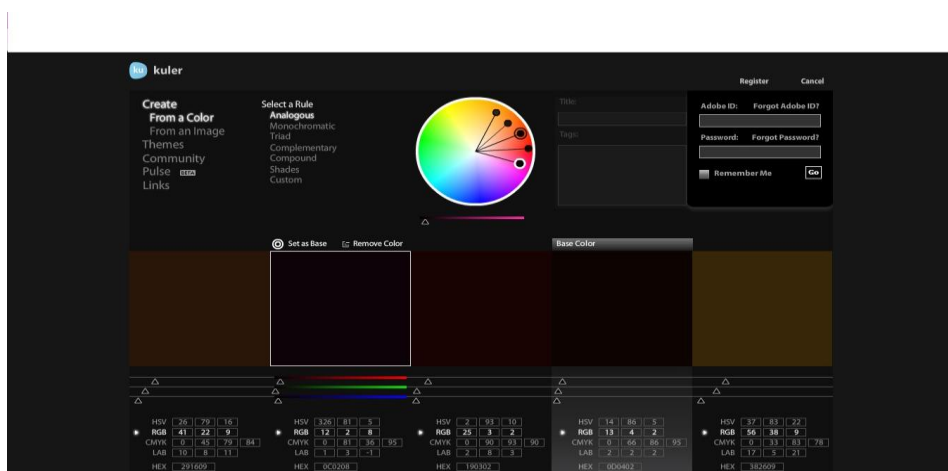
La propuesta de Dirección de arte en Panóptico busca diferenciar las posiciones entre el personaje principal, el Dr. Puertas, del personaje secundario, los pacientes, donde incluso dentro de los pacientes se diferenciará el uno del otro, a pesar de que todos los personajes incluido el Doctor padezcan de Trastornos mentales. Se logrará esto utilizando desde: contrapuntos cromáticos, atmosféricos espaciales y de vestuario; con la finalidad de generar códigos visuales que faciliten la lectura por parte del espectador sobre las personalidades tan definidas de cada personaje.

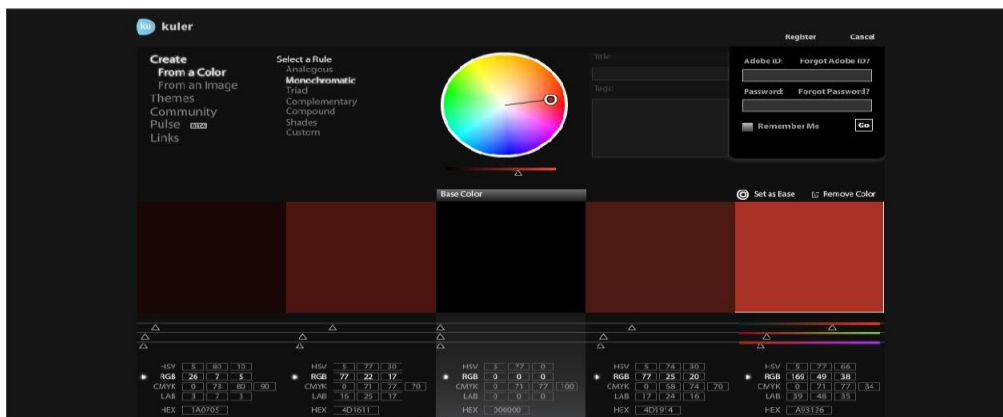
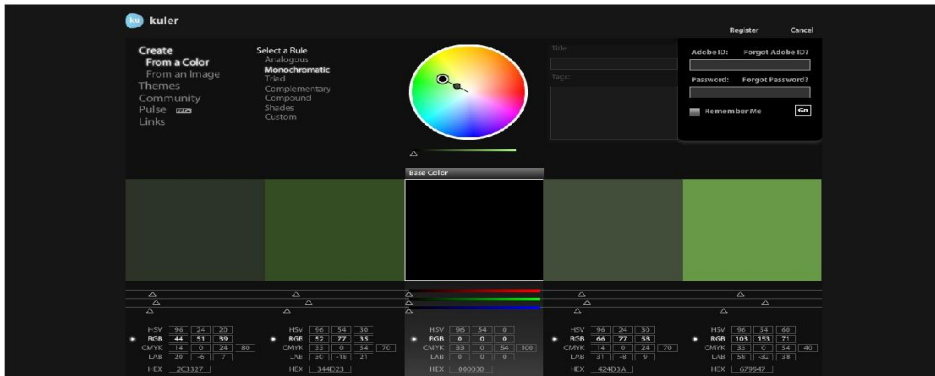
### 9.3.1 Color

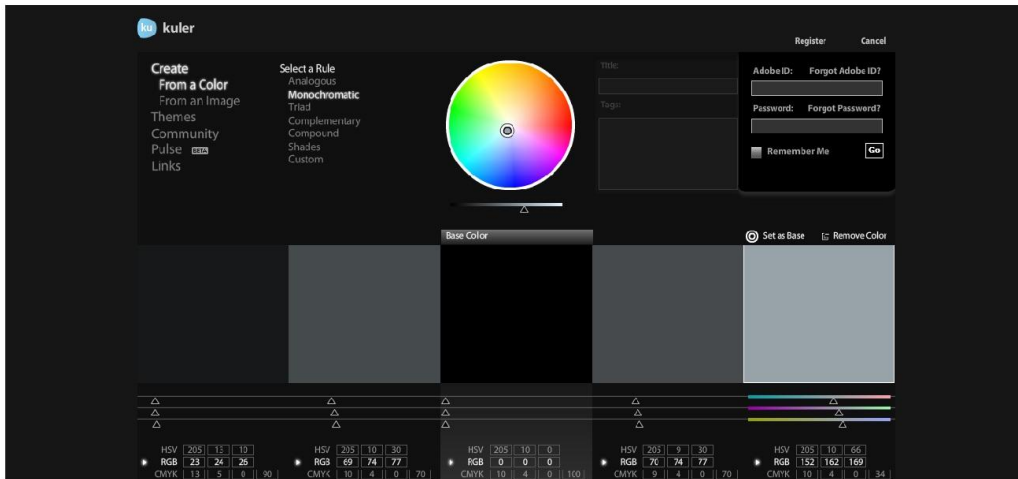
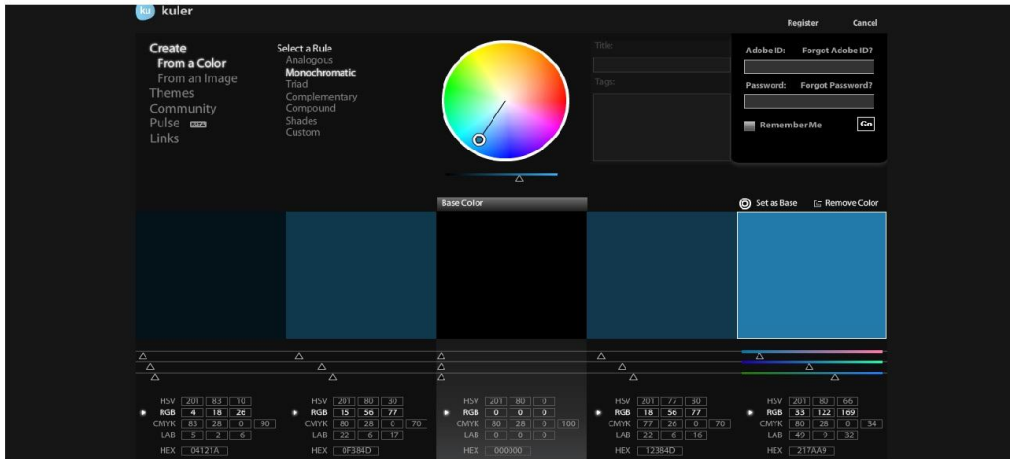
El color es uno de los factores primordiales dentro de la serie y de cada episodio como tal ya que nos servirá para establecer continuidad, potenciar la identidad del espacio, del personaje y se denota según el color la transición de la situación que este teniendo el personaje.

Cada evento se caracterizará por tener una paleta de color particular, el cual será ampliado en el diseño de arte de cada locación. Por ejemplo, en el caso del primer paciente, Tomas sufre de tener esquizofrenia paranoide, se verá el antes y el después, es decir, el antes de su vida “normal”, apasionamiento de su música usaremos colores tierras: Café, marrón, verdes y azul (tonos no saturados para acentuar el tono emocional antes de padecer el trastorno y a medida que surge el episodio la paleta cambia a emociones fuertes, oscuras, angustiosa, y usaremos colores fríos: azul, gris, blanco sucio hasta llegar a negros.

Durante la serie este será el ritmo de color que se usara, momentos de calma colores tierra y momentos de angustia, descontrol, etc. colores fríos.

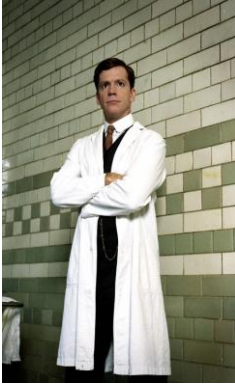






### 9.3.2 Vestuario

#### Doctor Benjamín Puertas.-



#### Pacientes



## 10. CASTING

**Doctor Benjamín Puertas: Juan Diego Pérez**



**Tomas: Lider Medranda**



**Enfermera: Sonia Lemos**



**Bibliografía:**

Ley Orgánica de Comunicación (2013). *Sección VI Producción Nacional*. Artículo 97.

Entrevistas con el Doctor Armando Camino, (2012). Psiquiatra del Hospital Club de Leones.

*Obsesivo Compulsivo*

Alcmeon revista Argentina Neuropsiquiatría (2011), Formas psicóticas del trastorno obsesivo. Compulsivo, obtenido de <http://www.alcmeon.com.ar/10/38/martinez.htm>

Joan Lozoya, Que es obsesivo compulsivo (TOC) (2013), Tratamiento, síntomas, causas, obtenido de <http://suite101.net/article/toc-trastorno-de-la-personalidad-tratamiento-sintomas-y-causas-a54518>

*Esquizofrenia tipo paranoide*

Esther Moreno Cindocho, Psicología Esquizofrenia, obtenido de <http://www.psicologia-online.com/colaboradores/esther/esquizofrenia1/index.shtml>

Casa de salud, Esquizofrenia paranoide (2011) , obtenido de

<http://www.casadesalud.com.mx/articulos/1124/esquizofrenia-paranoide/>

*Anorexia nerviosa (compulsivo/purgativo)*

Dr. German Alfredo Ojeda (2006), Trastornos de la conducta alimentaria, Anorexia nerviosa revisión bibliográfica, , obtenido de [http://med.unne.edu.ar/revista/revista156/6\\_156.pdf](http://med.unne.edu.ar/revista/revista156/6_156.pdf)

Joaquín Díaz, Dra. Antonia Torres, La Anorexia nerviosa en niños y adolescentes, obtenido de <http://www.paidopsiquiatria.com/anorexia/trabajos/intro1.pdf>.

F. J. Vaz, Ma A. García-Herráiz, B. López-Vinuesa, M. Monge, Ma A. Fernández-Gil y J. A. Guisado, (2003), Nutricio Hospitalaria, Conductas purgativas y estado nutricional en anorexia nerviosa y bulimia nerviosa, obtenido de <http://scielo.isciii.es/pdf/nh/v18n5/original4.pdf>

*Síndrome de Diógenes*

Síndrome de Diogenes, obtenido de

[http://servidor-opsu.tach.ula.ve/alum/pd\\_6/sind\\_dio/index.html](http://servidor-opsu.tach.ula.ve/alum/pd_6/sind_dio/index.html)



Eulalia Carrato Vaz, Rosana Martinez Amoros (2010), Síndrome de Diogenes a propósito de un caso, obtenido de <http://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/v30n3/09.pdf>

*Trastorno de múltiple personalidad*

Ana Muñoz, Trastorno de identidad disociativo (personalidad múltiple), obtenido de [http://www.cepvi.com/articulos/personalidad\\_disociada.shtml](http://www.cepvi.com/articulos/personalidad_disociada.shtml)

*Síndrome de Burn out*

Chritina Poblete Arevalo (2012), El síndrome de Burnout (Un problema actual), obtenido de <http://www.tecnologiahechapalabra.com/salud/especialidades/articulo.asp?i=3104>

Silvana A. Savio (2008), El síndrome de Burn Out: Un proceso de estrés laboral crónico, obtenido de [http://www.cienciared.com.ar/ra/usr/3/590/hologramatica08\\_v1pp121\\_138.pdf](http://www.cienciared.com.ar/ra/usr/3/590/hologramatica08_v1pp121_138.pdf)

*Trastorno de ansiedad tipo Agorafobia*

Dr. José Antonio García (2009), Psicoterapeutas, Agorafobia criterios diagnósticos, obtenido de [http://www.cop.es/colegiados/M-00451/cie10\\_DSMIV.htm](http://www.cop.es/colegiados/M-00451/cie10_DSMIV.htm)

*Trastorno de paranoia compartida*

Veronica Perez, Claudia Velasquez (2006), Trastorno psicótico compartido entre una madre y su hijo de 13 años, obtenido de <http://med.javeriana.edu.co/publi/vniversitas/serial/v47n2/10%20Transtorno%20psic%F3tico.pdf>

*Síndrome de Capgras*

Jorge Montesinos, José Salas, María de Lourdes Sanchez, María de Lourdes Hernandez (2008), Síndrome de falsa identidad delirante, Síndrome de Capgras. Presentación de UN caso, obtenido de [http://www.alcmeon.com.ar/15/57/05\\_montesinos.pdf](http://www.alcmeon.com.ar/15/57/05_montesinos.pdf)

*Paciente de trastorno limite de personalidad*

Tania Escribano Nieto (2006), Trastorno Limite de la personalidad: Estudio y tratamiento, obtenido de [http://www.psiquiatria.com/imgdb/archivo\\_doc8506.pdf](http://www.psiquiatria.com/imgdb/archivo_doc8506.pdf)