

**UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID**  
**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**



**EL IMPACTO DEL CINE EN LA ESTIGMATIZACIÓN DE LOS TRASTORNOS  
MENTALES**

**Por:**

**Cristina García Yu**

**Tutor:**

**José Javier Campos Bueno**

**TRABAJO FIN DE GRADO**

**2020/2021**

# Índice

Listado de abreviaturas.....	4
<b>Prólogo.....</b>	<b>5</b>
<b>Agradecimientos .....</b>	<b>6</b>
Resumen .....	7
Abstract .....	7
1. Trastorno mental .....	8
<b>1.1 ¿Qué es el trastorno mental? .....</b>	<b>8</b>
<b>1.2. ¿Qué es el trastorno mental severo y persistente?.....</b>	<b>9</b>
<b>1.3. Alternativas a los sistemas de clasificación diagnóstico .....</b>	<b>10</b>
<b>1.3.1. Influencia del etiquetado diagnóstico .....</b>	<b>10</b>
<b>1.4. Prevalencia de los trastornos mentales.....</b>	<b>11</b>
<b>1.4.1. Pandemia (Covid-19) y problemas de salud mental .....</b>	<b>12</b>
2. Estigma.....	13
<b>2.1 ¿Qué es el estigma?.....</b>	<b>13</b>
<b>2.1.1. Tipos de estigma.....</b>	<b>15</b>
<b>2.2. Estigma asociado al trastorno mental.....</b>	<b>15</b>
<b>2.2.1. Componentes del estigma .....</b>	<b>16</b>
<b>2.2.2. Tipos de estigma asociado al trastorno mental .....</b>	<b>18</b>
3. Cine .....	21
<b>3. 1. Cine generador de emociones .....</b>	<b>21</b>
<b>3.2. Representación de los problemas de salud mental en los medios.....</b>	<b>21</b>
<b>3.2.1. La importancia del lenguaje en el proceso de estigmatización .....</b>	<b>23</b>
<b>3.3. Estigmatización en el cine .....</b>	<b>24</b>
<b>3.3.1. Ficción vs. Realidad.....</b>	<b>25</b>
4. Justificación y objetivos .....	25
5. Metodología .....	26
<b>5.1. Diseño.....</b>	<b>26</b>
<b>5.2. Participantes.....</b>	<b>27</b>
<b>5.3. Variables.....</b>	<b>28</b>
<b>5.4. Instrumentos de medición.....</b>	<b>28</b>

<b>5.5. Procedimiento</b> .....	30
<b>5.6. Análisis estadístico</b> .....	31
<b>5.7. Consideraciones éticas</b> .....	31
6. Resultados .....	32
7. Discusión.....	36
8. Referencias bibliográficas .....	47
8.1. Referencias filmográficas .....	51

## **ANEXOS**

## Listado de abreviaturas

Abreviatura	Significado
ASM	Alfabetización en Salud Mental
CAMI	Community Attitudes Towards Mental Illness (Actitudes de la Comunidad hacia las Personas con Enfermedad Mental)
CIE	Clasificación Internacional de Enfermedades
CIS	Centro de Investigaciones Sociológicas
DSM	Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorders (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales)
FEAFES	Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental
NIMH	National Institute of Mental Health
OMI	Opinion About Mental Illness (Opiniones sobre la Enfermedad Mental)
OMS	Organización Mundial de la Salud
TID	Trastorno de Identidad Disociativo
TMSP	Trastorno mental severo y persistente

## Prólogo

El presente trabajo se defendió el día 28 de junio de 2021. Surgió mientras realizaba una lluvia de ideas sobre los diferentes temas de TFG que podía llevar a cabo. Comencé pensando en las consecuencias de la pandemia de COVID-19 sobre nuestra salud mental, así como, el estigma sufrido por las personas con dichas problemáticas. Esto me llevó a plantear qué tipo de medios consumimos que puedan estar influyendo en el proceso de estigmatización y dentro de estos medios cuáles son de fácil acceso para la población general. hoy en día una de las maneras más sencillas de consumo son los medios audiovisuales, como el cine y las series. Para delimitar el trabajo, me decidí por centrarme solo en el cine. Entonces, quise saber qué películas conocía la población general que representasen problemáticas en salud mental y a partir de esas películas, que debían cumplir 3 requisitos, identificar qué tipo de imagen se proyectaba sobre la persona que convive día a día con los problemas anteriormente referidos. Para así, observar si estas eran representaciones se ajustaban a la realidad o, por el contrario, mostraban los mitos más recurrentes asociados a los trastornos mentales. O presentar en la gran pantalla imágenes altamente estigmatizantes que impidan el proceso de desarrollo de estrategias que permitan combatir este fenómeno, el cual afecta día a día a numerosas personas.

Una vez finalizado el TFG y su posterior presentación, el profesor José Javier Campos me propuso utilizar este trabajo como base para realizar una actividad dentro de la **Semana de la Ciencia y la Innovación Madri+d 2021, un cine fórum titulado: “El cine y la estigmatización del trastorno mental”**. En esta ocasión, tuvimos la suerte de contar con el apoyo y ayuda del profesor Florentino Moreno, quien se convirtió en otro de los desarrolladores y encargados de este proyecto. Para la actividad se optó por cambiar el foco del trabajo y presentar una obra de fácil entendimiento para el público (especializado y no especializado en psicología) y que, a su vez, representase en pantalla una imagen no estigmatizante sobre los problemas de salud mental. Siendo finalmente escogida la película “Una historia casi divertida” (It’s kind of a funny story). Un filme que aún lejos de ser una representación ajustada de la realidad, se acerca más a la búsqueda de la concienciación del público que a la generación de estereotipos. Primero se proyectó la película y después se procedió a realizar una breve reflexión sobre la película y sobre el cine y la estigmatización. La actividad se llevó a cabo el 11 de noviembre en la Facultad de Psicología, al acto acudieron alrededor de 14 personas.

## **Agradecimientos**

En esta página me gustaría agradecer a todas las personas que me han acompañado, apoyado y ayudado durante todo el proceso de desarrollo de este trabajo.

A mi familia, a mi pareja, a mis amigos y a mis profesores. Empezando por mi familia, gracias, Pedro Enrique, Lucía, Álvaro e Ino, por brindarme ánimo y apoyo desde el momento que empecé este proyecto hasta su finalización.

A mi pareja, Jorge, por ser un gran apoyo emocional y por celebrar todos los pequeños pasos que fui dando. Como solemos decir poco a poco, pero sin pausa.

A mis amigos y, en especial Mona y Alex, por estar ahí y aclarar las dudas que me surgían y por escucharme siempre atentamente.

A mi tutor de trabajo José Javier Campos Bueno, por no limitarme y permitirme escoger el tipo de trabajo que quería realizar. Agradecer también, el haberme puesto en contacto con Florentino Moreno, a quien también agradezco sus directrices, amabilidad y sabiduría. Así como, agradecer a ambos el darme la oportunidad de transformar este trabajo en un proyecto para la Semana de la Ciencia de 2021 y poder así, compartirlo con más gente. Les agradezco la ayuda ofrecida durante la elaboración de la actividad, estoy muy orgullosa de que saliese adelante y que tanta gente se animase a acudir. Gracias también a Juan Francisco Díaz Morales con quien participaba como ayudante en investigación, por solventar las dudas que me surgieron sobre el trabajo.

En conclusión, gracias a todos vosotros por confiar en mí, cuando ni yo misma lo hice y por impulsarme a finalizar este proyecto de una forma tan satisfactoria.

## Resumen

El presente trabajo tiene entre sus objetivos examinar qué películas conoce la población que incluyan un personaje con un trastorno mental diagnosticado y analizar cómo en su representación, y si incorporan ciertos componentes que perpetúan el estigma asociado a esta condición. Estudiar si las personas con un trastorno mental diagnosticado, con un conocido diagnosticado o ambas, se identifican más con el personaje. Así como, evaluar si las personas con un trastorno mental diagnosticado, con un conocido diagnosticado o ambas, presentan actitudes más tolerantes hacia las personas con trastornos mentales. Para ello se elaboraron dos cuestionarios, el primero fue aplicado a 65 participantes que debían nombrar mínimo una película que cumpliera con los requisitos solicitados. E indicar el grado de simpatía e identificación sentidos hacia el personaje de la cinta escogida. En la segunda parte se aplicó el CAMI a 28 participantes, con los que se realizó el análisis comparativo. Se encontró que las películas con mayor frecuencia de respuesta fueron *Múltiple*, *Joker* y *Una mente maravillosa*. El grado de identificación en la muestra es similar oscilando desde la no identificación a la indiferencia, a excepción de la tercera película nombrada. Y en general, la muestra presenta actitudes tolerantes hacia las personas con trastornos mentales. Finalmente, el autor incluye propuestas de actuación que ayuden a erradicar el estigma a través de la concienciación y sensibilización, acercando el cine con esta temática a la población.

*Palabras clave:* estigma, estigma social, trastorno mental, cine, películas.

## Abstract

In this study, one of the main objectives is to know and analyse those films best known for the population that portray a character with a diagnosed mental disorder, and how they may include components that perpetuate the stigma associated to this condition. It is also studied whether people with a diagnosed mental disorder, with a diagnosed relative, or both, identify more with the character. As well as, to evaluate if people with a diagnosed mental disorder, with a diagnosed acquaintance or both, present more tolerant attitudes towards people with mental disorders. For this purpose, two questionnaires were developed. The first one was applied to 65 participants who had to name at least one film that met the requested criteria. Also, indicate the degree of sympathy and identification felt towards the character of the film chosen. In the second questionnaire, CAMI scale was applied to 28 participants, with whom the comparative analysis was carried out. It was found that the films with the highest frequency of response were *Split*, *Joker* and *A Beautiful Mind*. The degree of identification in the sample was similar, ranging from non-identification to indifference, except for the third film. And in general, the sample presents tolerant attitudes towards people with mental disorders. Proposals for action against stigma that bring cinema with mental health themes closer to society, were included by the author at the end of this project.

*Keywords:* stigma, social stigma, mental disorder, cinematography, movies.

A lo largo de su vida, la calidad de vida de las personas con un diagnóstico de trastorno mental, principalmente trastornos severos y/o persistentes, se ve disminuida y afectada como consecuencia de su trastorno y por el estigma asociado a dicha condición (Muñoz y Uriarte, 2006).

El estigma supone un obstáculo para acceder a los servicios de salud mental pues impide que la persona reciba la atención requerida, así como, su integración social y laboral (Muñoz y Uriarte, 2006; Campo-Arias, Oviedo, Herazo, 2014). Por tanto, es importante averiguar todas aquellas prácticas donde se continúa manteniendo este fenómeno para erradicarlo (Balash, et al., 2016).

## 1. Trastorno mental

### **1.1 ¿Qué es el trastorno mental?**

El Instituto Nacional de Salud Mental (NIMH) define el trastorno o enfermedad mental como un “síndrome o patrón conductual o psicológico clínicamente significativo que se presenta en un individuo y que se asocia con una angustia o discapacidad actual o con un riesgo significativamente mayor de sufrir muerte, dolor, discapacidad o una pérdida importante de libertad”.

Diversas instituciones, como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) han elaborado sus propios sistemas de clasificación diagnóstica (CIE y APA respectivamente) que albergan la gran diversidad de alteraciones existentes y que aumenta con cada edición.

El Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM, 2013) define esta condición como una “alteración clínicamente significativa del estado cognitivo, la regulación emocional o el comportamiento de un individuo, que refleja una disfunción de los procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo que subyacen en su función mental” (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013). Estas alteraciones sitúan a la persona en los

márgenes de la normalidad, obstruyendo en mayor o menor medida en su vida diaria y en su adaptación al medio. Entendiendo por normalidad aquellos “patrones emocionales, cognitivos y comportamentales compartidos por la mayoría de la sociedad” (Vázquez, 1990).

Para entender el origen del trastorno debemos entender que este aparece por la combinación de diversos factores presentes en la vida de la persona. Las variables determinantes para el origen de la alteración pueden ser de carácter: biológico, psicológico o social. Según Szasz (1973) se pueden organizar en tres tipos (Badallo, 2012):

- Factores vulnerabilidad/predisponentes: Condiciones (p.ej. historial clínico familiar) que aumentan el riesgo de desarrollar el trastorno.
- Factores precipitantes: Sucesos o componentes estresantes cuya aparición, unida a los factores predisponentes determina el inicio de aparición y desarrollo del trastorno mental. Por ejemplo, un suceso traumático como un accidente de coche.
- Factores mantenedores: Influyen manteniendo la problemática actual de la persona. El estigma sería un ejemplo de este tipo de factores.

La interacción entre estos elementos explica la aparición, curso y evolución del trastorno mental. Así como, que sea único para cada persona.

### **1.2. ¿Qué es el trastorno mental severo y persistente?**

En un inicio este conjunto de problemáticas de salud mental se denominaron trastornos mentales graves y crónicos. Sin embargo, debido a las connotaciones negativas del término, se procedió a su modificación. Finalmente, los adjetivos escogidos para nombrar a estos trastornos son menos estigmatizantes y más ajustados a la realidad (Badallo, 2012).

Los trastornos severos y persistentes (TMSP) se caracterizan por un deterioro funcional severo que interfiere sustancialmente con las actividades primarias de la vida cotidiana

(autocuidado, relaciones interpersonales y trabajo) de la persona afectada (Goldman, Gatozzi y Taube, 1981; NIMH, 2021). Por tanto, como señalan Sobrino y Rodríguez (2007) las personas con TMSP, presentan en el campo psicosocial déficits que les impiden desarrollar una vida autónoma y autosuficiente.

Dentro de esta denominación se encuentran: la esquizofrenia, los trastornos del estado de ánimo (trastorno bipolar) y algunos trastornos de la personalidad (p.ej. trastorno límite de la personalidad) (Espinosa-López, R., & Valiente-Ots, C., 2017).

### **1.3. Alternativas a los sistemas de clasificación diagnóstica**

Considerando que los sistemas de clasificación diagnósticos han sido duramente criticados por su falta de validez, así como, por sus implicaciones en el tratamiento y como estos se centran en otros aspectos, más que en la persona (Pérez Álvarez, 2015; Pérez Álvarez, 2019); se han propuesto herramientas alternativas como el análisis funcional de la conducta, que parte de la formulación clínica o de caso. Se enfoca en las circunstancias personales del paciente y permite formular hipótesis sobre cuáles son los factores implicados en el origen de las problemáticas presentes (con relevancia clínica para la persona afectada) y de su mantenimiento. Esta herramienta permite estructurar la intervención y así, cumplir con los objetivos terapéuticos (González Bravo, 2009; Quant, 2012).

#### **1.3.1. Influencia del etiquetado diagnóstico**

Experimentos como el de Rosenhan (1975) demuestran las consecuencias y peligro del etiquetado diagnóstico. Advirtiendo, por una parte, que una vez diagnosticado y etiquetado, no importa lo que la persona diga o haga, todos sus comportamientos se asocian e interpretan como síntomas derivados de su condición. Y por otra, expone que basar el diagnóstico únicamente en los criterios de las clasificaciones diagnósticas pueden llevar a la detección de falsos positivos.

El etiquetado diagnóstico tiene consecuencias a nivel social, pero también a nivel personal, pues en ocasiones es asimilada por la persona como el eje central de su identidad (Balash, 2016). En consecuencia, en la práctica clínica se ha ido moderado su uso. Sin embargo, sigue siendo de vital importancia evitar reducir a la persona afectada sólo a sus síntomas, pues su identidad queda conformada por muchos otros rasgos característicos.

#### **1.4. Prevalencia de los trastornos mentales**

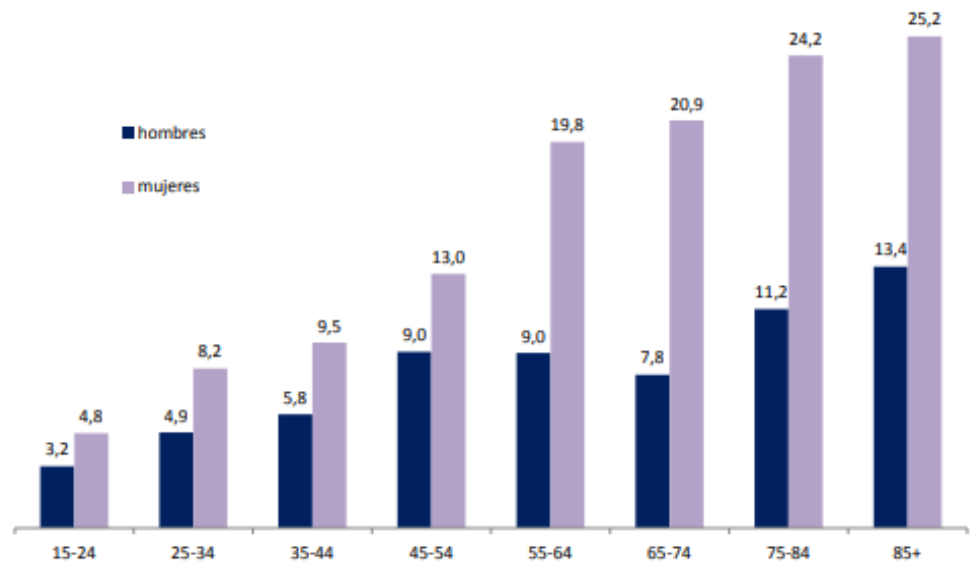
En el mundo, 450 millones de personas sufren actualmente un trastorno mental, si trasladamos los datos brindados por esta organización a cada unidad familiar, se encuentra que mínimo uno de sus miembros se ve perjudicado (OMS, 2004). En Europa, “se estima que los trastornos mentales afectan a más de un tercio de la población” (ESNE, 2017).

Por otro lado, en España, según los resultados del ENSE en 2017, a partir de los 15 años más de una de cada diez personas está diagnosticada con un problema en salud mental.

Concerniente a las diferencias por sexo, en nuestro país, las mujeres reportan con mayor frecuencia problemas de salud mental frente a los hombres. Esto queda reflejado en la gráfica 1.

Gráfica 1.

*Prevalencia de algún trastorno mental padecido en los últimos 12 meses* (Tomada de ENSE, MSCBS/INE, 2017).



*Nota.* Esta gráfica muestra la prevalencia de haber sufrido algún tipo de trastorno mental según el sexo y la edad.

Cualquier persona bajo determinadas circunstancias es susceptible de verse afectado por una alteración psicológica. Así nos lo ha demostrado la actual pandemia mundial provocada por la Covid-19.

#### **1.4.1. Pandemia (Covid-19) y problemas de salud mental**

Durante la pandemia el 93% de los países reportó que los servicios de salud mental se vieron colapsados (OMS, 2020). A nivel global se ha producido un incremento de problemas en salud mental. Y en nuestro país, este aumento ha sido del 46%. Diversos factores han repercutido negativamente en el aumento de casos, entre ellos: la falta de contacto social, el aislamiento y el cambio de rutina (Confederación de Salud Mental España, 2021).

Los datos aportados por el Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS, 2021) señalan que, en el periodo transcurrido desde el inicio de la pandemia hasta la actualidad, un 6.4% de la población ha acudido a un profesional de salud mental. Dentro de esa población reportaron que el 43,7% de los casos fue por ansiedad y el 35,5% por depresión (Confederación de Salud Mental España, 2021). Los grupos específicos fueron los más

afectados por esta situación puesto a que durante ese período de tiempo no pudieron acceder a los recursos necesarios, ni a los servicios de salud mental.

En el informe, también mencionan que se encontraron diferencias poblacionales de acuerdo con el sexo y con la clase socioeconómica. Indicando que las mujeres acudieron con mayor frecuencia a los servicios de salud mental que los varones por problemas relacionados con el estado de ánimo. Y los varones, presentaron problemas relacionados con la ansiedad y postraumáticos.

Referente a las diferencias de clase socioeconómica, los individuos de clase socioeconómica baja presentaron casi el doble de problemáticas relacionadas con el estado anímico frente a las personas de clase alta (32,7% frente a un 17,1%). Aunque esta diferencia también se apreciaba antes de la pandemia.

Por consiguiente, esta es una buena oportunidad para apelar a la importancia de los temas sobre salud mental y reivindicar que estos deben ser tratados con la misma relevancia que los problemas que afectan a la salud física. Todo ello contribuirá a que la población acuda con normalidad a un profesional de la salud mental si lo precisan, aun presentando problemáticas subclínicas, lo que favorecerá a la disminución del estigma asociado a los trastornos mentales.

## 2. Estigma

### **2.1 ¿Qué es el estigma?**

Comenzando por la etimología de la palabra, este término viene del latín *stigma* que a su vez proviene del griego 'στίγμα' que significa “marca hecha en la piel con un hierro candente”. En la antigua Grecia a los esclavos, criminales o traidores se les marcaba con la letra S, signo que les distinguía del resto de la sociedad y así, se indicaba (advertía) que la persona debía ser evitada, especialmente en lugares públicos (Muñoz, M., et al., 2021; Goffman, 1970; Parra, 2004). Metafóricamente esa marca simbolizaba que la persona

estigmatizada era un individuo diferente del resto, con atribuciones negativas, lo que le lleva a ser desprestigiado. Actualmente, dicha marca física ha desaparecido, pero el estigma permanece en nuestra sociedad. En 1963, el sociólogo Erving Goffman en su obra *Estigma: La identidad deteriorada*, utiliza el término para referirse a una característica desacreditadora que genera efectos indeseados y lleva a que el individuo sea rechazado socialmente. A su vez, señaló que el estigma puede dividirse en *desacreditado*, una marca obvia fácilmente percibida por un observador; o *desacreditable*, un estigma “secreto” no fácilmente aparente para un observador. Afirma que, una vez advertido por el sujeto estigmatizador, el estigma puede marcar al portador para ser criticado y discriminado. Otra de sus aportaciones más relevantes fue la idea de que las respuestas y consecuencias del estigma varían dependiendo de la naturaleza del atributo estigmatizador y sus contenidos (Badallo, 2012).

Según Fonseca y Mendoza (2005), el estigma se basa en el modelo teórico de la *categorización social* “con base en ciertos indicadores aprendidos culturalmente, se crean diferentes categorías, construidas desde lo social colectivo a través de las interacciones cotidianas, en las que se puede agrupar a las personas a través de ciertos rasgos”. Por ende, el proceso de estigmatización desde su origen ha sido un fenómeno sociocultural dinámico producido bajo una situación de poder. Por sociocultural y dinámico se entiende que “es específico de cada cultura y cada momento histórico fruto de las alianzas y juegos de poder propios de cada sociedad” (Aretio, 2010). Atendiendo al contexto social en el que se encuentre el sujeto estigmatizado, puede o no aparecer el estigma (Crocker, Major y Steele, 1998), ya que “es un proceso que surge de la realidad y se modifica con ella” (Badallo, 2012). Es decir, en este momento se estigmatizan ciertos grupos de pertenencia, no obstante, en otro momento temporal podría no producirse. Por otro lado, se señala que se produce bajo una situación de poder, puesto que la exclusión del individuo se debe que

desde la perspectiva de los agentes estigmatizadores estos individuos no se rigen por las normas sociales establecidas. “Este fenómeno se sigue empleando como mecanismo de control social y segregación, que, en nombre de la normalidad en cualquiera de sus versiones, legitima de una manera abierta o tácita el uso de diversas formas de violencia abierta o encubierta contra un individuo o un grupo de individuos. Dicha operación consiste en degradar su estatus en el Otro generalizado en el que están inscritos, a una categoría inferior, una suerte de condición infrahumana” (Parra, 2004).

### **2.1.1. Tipos de estigma**

Además de la división aportada por Goffman, tomado del libro *Estigma y Salud Mental* (Badallo, 2012) encontramos que otros autores proponen que el estigma puede agruparse según la procedencia del atributo (González Fernández et al., 2008) o por su aparición (Morales et al., 2008). De acuerdo con su procedencia se distinguen tres tipos: el estigma psicológico que surge como resultado del trastorno mental; el físico, por ser defectos (observables) en el físico; y los sociales, por características asociadas al estado socioeconómico, religión o cultura. Debido a su aparición, estos pueden ser de “nacimiento” (p.ej. etnia) o “adquiridos” (p.ej. ser diagnosticado con un trastorno mental). Los primeros al ser vividos durante toda la vida permiten a la persona sobreponerse mejor a las dinámicas estigmatizantes. Sin embargo, si este es adquirido, deberá aprender herramientas que le ayuden a enfrentarlo y gestionarlo, disminuyendo el nivel de repercusión en su identidad.

### **2.2. Estigma asociado al trastorno mental**

El estigma asociado a los trastornos mentales entraría dentro del estigma desacreditable, pues no es una condición que se pueda percibir a simple vista. Asimismo, se puede catalogar como psicológico y adquirido.

El estigma vinculado a los trastornos mentales se puede entender como la “existencia a nivel social de creencias erróneas y estereotipos responsables de dar forma a la imagen social de este colectivo, limitados y negativos en sus características generales con respecto a las personas que lo padecen” (Rodríguez, et al, 2018).

### 2.2.1. Componentes del estigma

El estigma es un proceso de construcción social dinámico (Ottati, Bodenhausen y Newman, 2005), complejo y multiconceptual. Corrigan (2012) agrupa en tres factores los componentes centrales del estigma: cognitivo, emocional y conductual, presentados en la figura 1. Estas dimensiones aparecen en todos los estigmas, incluido el asociado al trastorno mental.

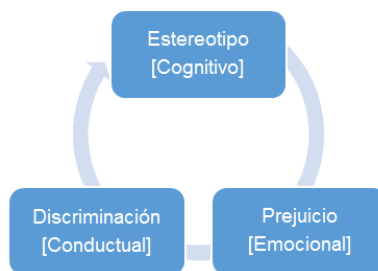


Figura 1. *Componentes del estigma* (Adaptada de Muñoz, M., et al., 2021)

La dimensión cognitiva del estigma hace referencia a los **estereotipos** “estructuras de conocimiento aprendidas por la mayoría de la sociedad” (Muñoz, 2021). Son la forma en la que categorizamos los grupos de personas.

Adicionalmente, los **estereotipos negativos** son aquellas creencias y pensamientos erróneos que impactan de forma dañina en el otro. Balasch y colaboradores (2016) identificaron como estereotipos asociados con mayor frecuencia a los trastornos mentales: la inestabilidad permanente, la impredecibilidad, la peligrosidad o agresividad, la vagancia y el aplanamiento afectivo entre otros. Como bien expresan Muñoz y colaboradores (2021) en la *Guía de buenas prácticas contra el estigma*, la persona puede conocer el estereotipo, pero no compartirlo ni estar conforme con él.

Los **prejuicios** son el componente emocional del estigma. Este componente surge una vez la persona asume el estereotipo, produciendo la aparición de emociones como el miedo y la desconfianza hacia el grupo estigmatizado (Muñoz, M., et al., 2021). La causa del miedo por parte de los agentes estigmatizadores hacia los sujetos estigmatizados se puede explicar por el desconocimiento, acerca del trastorno y su afectación en la persona. Así como, por creer que por estar en contacto con una persona con trastorno mental se pueden “contagiar” y llegar a convertirse en un miembro más del grupo estigmatizado (Balasch, et al., 2016).

Finalmente, la dimensión conductual se refiere a la **discriminación**. Este elemento se desarrolla como reacción hacia los dos componentes anteriores. Manifestando los estereotipos y prejuicios en acciones y comportamientos como el rechazo (Muñoz, M., et al., 2021). De acuerdo con Balasch y colaboradores (2016) la discriminación se manifiesta en una gran diversidad de conductas incluidas dentro del maltrato: el uso de lenguaje discriminatorio, el escarnio, el maltrato económico, las agresiones físicas o sexuales y/o la evitación/rechazo, un trato condescendiente o paternalista.

En conclusión, los tres componentes del estigma se reproducen de forma cíclica y se retroalimentan, como queda representado en la figura 2, impidiendo que pueda romperse el bucle y afianzando aún más el proceso de estigmatización.

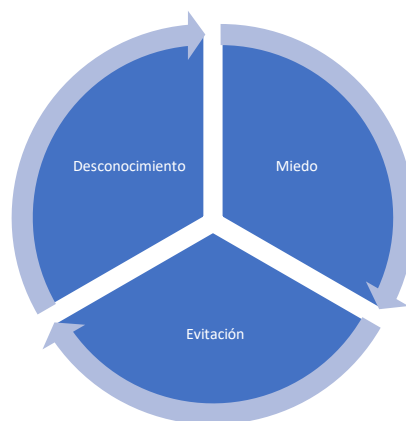


Figura 2. Circuito “desconocimiento-miedo-evitación-desconocimiento” (Adaptado de Balasch, et al., 2016)

### 2.2.2. Tipos de estigma asociado al trastorno mental

El estigma asociado a los trastornos mentales actúa en tres niveles: estructural, social y personal.

#### Estigma estructural

Es el fenómeno que se observa en las instituciones hacia un colectivo de personas. Son quienes ponen obstáculos a los sujetos estigmatizados para coartar su participación de forma activa en la sociedad, única y exclusivamente debido a su condición (Muñoz, M., et al., 2021).

#### Estigma social

Corrigan (2012) expresa que el estigma social está representado por los prejuicios y discriminación dirigidos hacia el grupo estigmatizado por parte de la población general. Las personas con problemas de salud mental son uno de los colectivos más afectados por este tipo de estigma, siendo, por tanto, uno de los fenómenos más reportados y estudiados.

#### Estigma personal

Según Muñoz, M. y colaboradores (2021), hace referencia al estigma sufrido por el sujeto estigmatizado y se compone por:

- **Estigma experimentado:** Corresponde a la experiencia vivida por la persona, incluye los estereotipos, prejuicios y discriminación ejercida por la sociedad.
- **Estigma anticipado:** Referente al estigma que la persona espera padecer en el futuro.
- **Estigma internalizado:** Se habla de este tipo de estigma cuando la persona interioriza los factores relativos al estigma social (estereotipos, prejuicios y

discriminación) llevado a cabo por los agentes estigmatizadores. Corrigan (2012) presentó un modelo por pasos de este tipo de estigma, queda ilustrado en la figura 3.

1. **Conciencia del estereotipo** (*Awareness*): Consiste en ser consciente de las creencias negativas asociadas al trastorno mental. Ej.: La sociedad piensa que las personas con trastornos mentales son vagas.
2. **Aprobación del estereotipo** (*Agreement*): Esta etapa conlleva que la persona se muestre de acuerdo con estas creencias. Ej.: En efecto, las personas con trastornos mentales son vagas.
3. **Aplicación del estereotipo** (*Application*): Este paso se corresponde con aplicar los estereotipos en uno mismo. Ej.: Si yo tengo un trastorno mental, entonces soy vaga.
4. **Daño** (*Harm*): Consecuencias producidas en la autoestima y autoeficacia por la aplicación de los estereotipos. Ej.: Como soy una persona vaga, jamás lograré recuperarme.



Figura 3. *Etapas del estigma internalizado* (Adaptada de Muñoz, M., et al., 2021; Corrigan y Watson, 2002b)

Como se indicaba en la última etapa del modelo, el estigma internalizado tiene como consecuencia respuestas emocionales negativas como son una baja autoestima y una autosuficiencia empobrecida. También, puede conducir al aislamiento del entorno,

impidiendo al individuo acceder a los recursos sanitarios que pueda necesitar. Debido al daño producido en su identidad, la persona se siente incapaz, llegando a rechazar las oportunidades que se le presentan (Corrigan, 2012). De este modo, se mantiene la problemática y se ve disminuida la calidad de vida. Además, los agentes estigmatizadores logran mantener tanto su estatus como el estigma; puesto que las decisiones tomadas “confirman” el imaginario colectivo que se tiene sobre los estereotipos preconcebidos sobre el grupo.

Sin embargo, no todas las personas con trastornos mentales actúan de la misma manera. Como menciona Corrigan, (2012) hay individuos que pueden verse afectados, pero existen otros grupos de personas que, aun siendo conscientes de las creencias negativas, se muestran indiferentes; y otro grupo a los que les indignan los estereotipos asignados. Este último resulta clave para la lucha contra el estigma y, por consiguiente, para conseguir el empoderamiento de la persona (Muñoz, M., et al., 2021).

Antes de pasar al siguiente punto, sería preciso introducir el concepto de *alfabetización en salud mental* (ASM)<sup>1</sup>. **Acuñado por Jorm en 1997**, deriva del concepto alfabetización en salud. Es un término relevante, pues hace referencia a los conocimientos y creencias que posee la población sobre los trastornos mentales y su capacidad para diferenciarlos (Lauber, et al., 2003). Además, incorpora en su definición el concepto de estigma. Pues, existe una estrecha relación entre los conocimientos que se tiene sobre temas de salud mental y las distintas formas que puede adoptar el estigma (Kutcher, Wei, y Coniglio, 2016). Muñoz y colaboradores (2006) mencionan que a pesar de la creencia general en el colectivo afectado de que la sociedad no posee ningún tipo de información, los datos

---

<sup>1</sup> Denominado en inglés Mental Health Literacy.

parecen indicar que el nivel de conocimiento sobre los trastornos mentales en la población general es intermedio.

### 3. Cine

El cine también conocido como el séptimo arte, se denomina de esta forma debido a que el modo en el que se narran las historias es considerado un arte en sí mismo. Este tiene su origen a finales del siglo XIX, al igual que la psicología científica. En 1897, surge en Alemania la psicología científica con la creación del primer laboratorio de psicología experimental, llevado a cabo por Wundt. Por su parte, los hermanos Lumière inspirados por el invento de Thomas Eddison, crearon el cinematógrafo y en 1895 proyectaron por primera vez imágenes en movimiento. Tomándose esa fecha como el nacimiento del séptimo arte (Moreno Martín y Muiño, 2003).

#### **3. 1. Cine generador de emociones**

Estudios como el de Montoya, Campos, y Schandry (2005) vieron que el cine tiene la capacidad de producir emociones en el espectador y que estas pueden producir patrones de respuesta diferentes. También, se ha hallado que películas que generan emociones de miedo en el espectador, favorecen la aparición de actitudes estigmatizantes hacia las personas con TMSP. Mientras que las películas que proyectan una representación más ajustada a la realidad sobre los trastornos ayudan a disminuir el impacto del estigma (Perciful y Meyer, 2017).

A continuación, se presentarán las diversas posturas existentes y la implicación de los medios de comunicación en el proceso de estigmatización asociado a los trastornos mentales.

#### **3.2. Representación de los problemas de salud mental en los medios**

Los medios de comunicación, incluyendo el cine, “se consideran como un relevante elemento de influencia en la formación de las actitudes de la sociedad ante temas de salud mental” (Muñoz, et al., 2003). Son una de las fuentes principales de información sobre

salud mental para la población general (Sieff, 2003; Muñoz, et al., 2011). Aquí se introduce el término *media framing* que hace referencia a la “forma en la que los medios presentan y organizan la información que lleva a la interpretación del público” (Wedding, Boyd y Niemic, 2014). Debido a que el modo en que los medios abordan los temas sobre salud mental tiende a ser negativo e inadecuado, presentando a las personas con trastornos mentales como individuos violentos, peligrosos y desesperanzados. Por tanto, los medios son una pieza clave en el proceso de estigmatización, pues por su gran capacidad de difusión y repercusión en la sociedad, perpetúan estereotipos, prejuicios y conductas discriminatorias hacia el colectivo estigmatizado.

Existen dos vertientes de pensamiento sobre el papel de los medios de comunicación en el proceso de estigmatización: aquellos autores como Cuenca (2003) que indican que efectivamente la representación repercute directamente en el modo de pensar de la población. Y, por otro lado, autores como Sieff (2003) que defienden que la representación mostrada es claramente la misma que se observa en nuestra sociedad y aquella de la que la población desea ser informada.

En un estudio realizado en 1989 por Wahl y Harman encontraron que los familiares de los miembros de personas con problemas de salud mental identificaron como principal fuente de estigma: las películas que asociaban asesinos con tener un trastorno mental, mostrar noticias sobre tragedias causadas por personas con problemáticas psicológicas, así como el frecuente uso de términos con connotaciones negativas (p.ej. “loco” o “psicópata”). Años más tarde, Wahl a través de su libro *La locura de los medios de comunicación* (1995), continúa enfatizando que la representación en los medios es pésima, desinformativa, muestran estereotipos desfavorables y utilizan términos peyorativos y poco precisos. Iniciativas como *UnodecadaCuatro* exponen que incluso cuando las

noticias se presentan desde un punto de vista positivo, “las informaciones positivas siguen un modelo paternalista, que destaca la minusvalía y las carencias” (PISMA, 2016).

### **3.2.1. La importancia del lenguaje en el proceso de estigmatización**

Desde pequeños estamos siendo socializados con concepciones estigmatizantes, así como, que el uso de este tipo de vocabulario es aceptable e incluso, divertido. Esto se debe a que incluso en los programas dirigidos a niños, se descubre que los personajes con trastornos mentales carecen de atributos destacables y se hace un uso abundante de términos de carácter negativo (Wilson, et al., 2000).

En España apenas existen estudios acerca del impacto de los medios de comunicación en la estigmatización de los trastornos mentales. Uno de ellos llevado a cabo por Muñoz y colaboradores (2011), advirtió que en los principales medios de comunicación españoles escaseaba la presencia de información acerca de los TMSP; y que estos mismos medios emplean sin moderación términos improcedentes e inaceptables para describir y referirse a todo lo relacionado con los trastornos mentales. Siendo este tipo de representación uno de los factores más influyentes en la perpetuación del estigma preconcebido sobre los trastornos mentales.

Por ello, organizaciones como la Confederación Salud Mental España, ofrecen en su guía de estilos recomendaciones sobre cómo se deben tratar los trastornos mentales en los medios de comunicación. Porque como se mencionaba previamente, dependiendo de cómo se presente y se organice la información, esta será interpretada de una forma u otra por la población. Entre sus propuestas (Anexo 1) mencionan “referirse a una persona diagnosticada con un trastorno mental como: persona con enfermedad mental/ con problemas de salud mental” y evitar utilizar “términos ofensivos y anticuados que perpetúan la ignorancia y conducen al estigma: enfermo mental, trastornado, perturbado, psicópata, loco” (FEAFES, 2008). Aunque, a pesar de la disponibilidad de estas

recomendaciones, hoy en día podemos seguir encontrando titulares de periódicos como “Identifican a un esquizofrénico como autor de la carta con una navaja enviada a Reyes Maroto”<sup>2</sup> (2021).

### **3.3. Estigmatización en el cine**

Las representaciones audiovisuales negativas contribuyen a perpetuar el fenómeno de estigmatización asociado a los trastornos mentales. A partir de estas creencias erróneas proyectadas con regularidad, se producen diferentes reacciones emocionales, que más tarde podrían tener como resultado, conductas discriminatorias hacia el grupo estigmatizado o incluso hacia uno mismo.

Dentro del cine, se han utilizado diferentes técnicas (p.ej. *framing*) para hacer saber al espectador que el personaje con una alteración psicológica es diferente de aquellos que le rodean. Empleando desde efectos de iluminación y sonido, la narrativa en primera persona, hasta dotar al personaje de algún tipo de defecto facial para enfatizar esa diferencia (Pirkis, et al., 2006). Además de estas técnicas, los estereotipos exhibidos con frecuencia dentro del cine se pueden clasificar en: paciente como espíritu libre rebelde, maníaco homicida, seductora, miembro ilustrado de la sociedad, parásito narcisista, espécimen de zoológico, el personaje simplón y el fracasado o víctima (Hyler., Gabbard, y Schneider, 1991; Pirkis, et al., 2006). Siendo el estereotipo del “maníaco homicida” el más empleado, apareciendo en películas como *Halloween* (1991). Pirkis *et al.* (2006) a su vez mencionan que es mucho más frecuente que los actos violentos sean llevados a cabo por el personaje con trastorno mental que por cualquier otro. Cuando fuera de la pantalla estos actos, aunque pueden ocurrir, lo hacen en un porcentaje mucho menor de lo que se presenta en los medios audiovisuales.

---

<sup>2</sup> <https://www.vozpopuli.com/espana/reyes-maroto-autor-amenazas.html>

### **3.3.1. Ficción vs. Realidad**

Se parte de la idea de que el espectador comprende que lo que están viendo en pantalla es ficción. Sin embargo, como se exponía en puntos anteriores, aunque no sea de forma directa, no se puede negar que los medios audiovisuales han contribuido a mantener en la población general una imagen colectiva determinada del trastorno mental. Los estereotipos se han visto influidos debido a que algunos trastornos son representados en pantalla como si fuesen más prevalentes de lo que realmente son (p.ej. trastorno de personalidad disociativo; (TID<sup>3</sup>) (Pirkis, et al., 2006); o porque se ha favorecido a su confusión con otros trastornos y discapacidades, al combinar sus sintomatologías.

Psicosis (1960), el Club de la Lucha (1999) o Shutter Island (2010) son algunos ejemplos de películas muy conocidas en las que se confunden los trastornos psicóticos (esquizofrenia) y el TID (Cervello, Arfeuillère y Caria, 2017).

Para ejemplificar de forma simplificada cómo los medios audiovisuales han podido contribuir a afianzar los anteriores conceptos erróneos y los estereotipos preconcebidos de los trastornos mentales en la población, se utilizará la asociación entre los conejos y las zanahorias. Comúnmente, por personajes ficticios como Bugs Bunny, se ha inducido a pensar que los conejos se alimentan de zanahorias, sin embargo, en su hábitat natural no lo hacen ni es un alimento recomendado para su dieta (Thompson, 2014). Este mito se ha mantenido en el tiempo debido a la presentación de dos elementos de forma conjunta, en este caso Bugs Bunny comiendo zanahorias, reiteradamente.

## 4. Justificación y objetivos

Este proyecto se realizó tomando en consideración que, en los últimos años, a causa del incremento de casos de personas con problemas en salud mental y el aumento de películas con tramas que incluyen este tema, es importante analizar la representación que se hace

---

<sup>3</sup> Anteriormente conocido como Trastorno de Personalidad Múltiple.

de los trastornos mentales en los medios de comunicación; en este caso, en especial del cine. Pues, estos son una de las fuentes principales de obtención de información para la población general.

El objetivo primario del estudio fue:

- Analizar cómo son representados los trastornos mentales en las películas con mayor frecuencia de respuesta en la muestra. Y examinar si existen componentes dentro del filme que puedan estar contribuyendo a generar y perpetuar la estigmatización vinculada a esta condición.

Por otro lado, los objetivos secundarios fueron:

- Determinar si las personas con un trastorno mental diagnosticado, con un conocido diagnosticado o ambas, presentan un nivel de identificación mayor con el personaje.
- Determinar si las personas con un trastorno mental diagnosticado, con un conocido diagnosticado o ambas, presentan actitudes más tolerantes hacia las personas con trastornos mentales.
- Recoger recursos a nivel nacional e internacional, jornadas, ciclos y festivales de cine, que combatan el estigma asociado a los trastornos mentales.

## 5. Metodología

### **5.1. Diseño**

El presente estudio es una investigación de diseño descriptivo transversal con análisis de datos cuantitativos. Se realizó una comparación en la cual estaba constituido por varios modelos cuasiexperimentales basados en el análisis de datos de ANOVA con diseño inter-sujetos de medidas independientes. En la que hubo dos variables independientes más su interacción.

## **5.2. Participantes**

La muestra del primer cuestionario está conformada por 66 sujetos: 46 sujetos que se identifican con el género femenino, 16 con género masculino, 3 con género no binario y un sujeto que optó por no responder a la pregunta. Todos ellos con edades comprendidas entre los 20 y los 60 años.

La segunda parte del cuestionario tuvo una muestra constituida por 28 sujetos con edades entre los 22 y 60 años: 20 participantes con género femenino, 6 con género masculino, un participante con género no binario y un sujeto que prefirió no contestar. En cuanto a su estado socioeconómico, 19 de ellos eran estudiantes, 3 trabajan, 3 estudian y trabajan, y 3 están desempleados. De los 28 participantes, solo 8 estudian y/o trabajan dentro de la rama de Ciencias de la Salud. Las variables sociodemográficas de esta muestra están recogidas en una tabla en el Anexo 6.

- Los criterios de inclusión en el estudio fueron: Estar interesado/a en participar en el estudio y otorgar su consentimiento, para el posterior análisis estadístico de los datos.
- Por otro lado, los criterios de exclusión fueron: No otorgar su consentimiento para participar en el estudio. Haber respondido más de una vez al cuestionario; se eliminó la segunda respuesta. Haber nombrado series en vez de películas. No indicar aportar el código que permitía asociar las respuestas de ambos cuestionarios.

Durante la primera parte del estudio 11 respuestas fueron eliminadas por no cumplir con los criterios mencionados previamente. Reduciéndose así la muestra a 66 participantes para el primer cuestionario. En la segunda parte, sólo se eliminó una respuesta y la muestra quedó reducida a 28 participantes. La participación del primer al segundo cuestionario se vio reducida más del 50%.

### **5.3. Variables**

Las variables dependientes del estudio se corresponden con los ítems del cuestionario CAMI (Community Attitudes Towards Mental Illness) y los elementos de identificación con los personajes de las películas. Mientras que las variables independientes del estudio son las variables sociodemográficas.

Las variables sociodemográficas recogidas fueron las siguientes: género, edad, estado socioeconómico, estudios y/o profesión relacionados con la rama de Ciencias de la Salud, diagnóstico psicológico/psiquiátrico del participante y diagnóstico psicológico/psiquiátrico de algún familiar/amigo/conocido. A excepción de la variable rama de Ciencias de la Salud, el resto tenían más de dos niveles de respuesta.

### **5.4. Instrumentos de medición**

El primer cuestionario (Anexo 3) aplicado fue de elaboración propia y constaba de 3 secciones: preguntas sociodemográficas, películas y finalmente, identificación y simpatía. Primeramente, se solicitó a los participantes que nombrasen hasta un máximo de 4 películas que cumplieran con al menos uno de los siguientes requisitos:

1. Al menos uno de los personajes de la cinta tiene un trastorno mental diagnosticado por un profesional.
2. Haya acudido o acuda a terapia con psicólogo, psiquiatra o ambos.
3. Reciba otro tipo de tratamiento (ej. tratamiento farmacológico).

Teniendo en mente las películas escogidas, se les preguntó si recordaban los diagnósticos de los personajes ofreciéndoles la posibilidad de identificarlos.

Acto seguido, se les requirió si llegaron a sentir simpatía por el personaje que tenía diagnosticado el problema en salud mental.

Los sujetos valoraron su nivel de identificación con el personaje con una escala Likert de 5 puntos, desde “No me sentí nada identificado” hasta “Me sentí muy identificado”.

Seguidamente, de acuerdo con la definición y dimensiones de la identificación (Igartua,

2008), se pidió que escogiesen las que mejor describen la forma en que se sintieron identificados como espectadores con el personaje.

- Empatía Emocional: Capacidad para sentir lo que está sintiendo el personaje.
- Empatía Cognitiva: La capacidad de ponerse en el lugar del personaje.
- Absorción en el relato: Sentir que te conviertes en el personaje.
- Atracción personal hacia el personaje: Valorarlo de forma positiva y percibirlo como similar (ej. personalidad).

El cuestionario escogido para evaluar el estigma social en la segunda parte del estudio (Anexo 4) fue el CAMI y se aplicó la versión validada al castellano. Se realizó una pequeña modificación, cambiando el término “enfermedad mental” por “trastorno mental”.

- CAMI: Desarrollado por Taylor y Dear en 1981, este instrumento es una versión reducida y actualizada de la Escala de Opiniones sobre la Enfermedad Mental (OMI) de Cohen y Struening (1962). En 2016, Ochoa y colaboradores validaron al castellano el cuestionario en población adolescente, concluyendo que era fiable para evaluar el estigma social. El objetivo de este instrumento consiste en la evaluación de las actitudes de la población general hacia las personas con trastornos mentales (severos y persistentes). Está compuesto por 40 ítems, agrupados en 4 factores: autoritarismo, benevolencia restricción social e ideología de salud mental. En cada dimensión, 5 de los elementos están redactados de forma positiva y los otros 5 quedan expresados en negativo. Las siguientes definiciones fueron tomadas de Ochoa y colaboradores (2016):
  - Autoritarismo: *“Evalúa las opiniones acerca de las personas con enfermedad mental como una clase inferior a los individuos sanos”*. Esta dimensión se compone de los ítems: 1,5, 9, 13, 17, 21, 25, 29, 33 y 37.

- Benevolencia: “*Valora actitudes de acogida hacia los pacientes, pero que pueden llegar a representar una actitud paternalista*”. Está conformado por los ítems: 2, 6, 10, 14, 18, 22, 26, 30, 34 y 38.
- Restricción Social: “*Evalúa el peligro para la sociedad y sugiere que la gente con enfermedad mental se debe limitar, tanto antes como después de la hospitalización*”. Subescala formada por los ítems: 3, 7, 11, 15, 19, 23, 27, 31, 35, 39.
- Ideología de salud mental en la comunidad: “*Evalúa las actitudes y creencias relacionadas con la inserción de las personas con enfermedad mental en la comunidad y en la sociedad en general*”. Factor conformado por los ítems: 4, 6, 8, 12, 16, 20, 28, 32, 36, 40.

Los sujetos deben indicar su grado de acuerdo con las declaraciones acerca de la manera de tratar y cuidar a las personas con TMSP. Valorando con una escala en formato Likert de 5 niveles de respuesta, que van desde Totalmente de Acuerdo hasta Totalmente en Desacuerdo.

### **5.5. Procedimiento**

La aplicación de los cuestionarios descritos previamente fue por autorreporte online a través de la plataforma *Google Formularios*. Se distribuyó a través de redes sociales como *WhatsApp* e *Instagram*. A su vez, se solicitó a los participantes que enviaran el cuestionario a gente cercana, para así poder acceder a una muestra mayor y más variada. Un mes más tarde, se informó a través del correo electrónico y redes sociales la disponibilidad de la segunda parte del cuestionario. Las encuestas se mantuvieron activas hasta el día 4 de junio de 2021. Al finalizar los cuestionarios, se agradeció a los participantes su colaboración en el estudio.

### **5.6. Análisis estadístico**

Los posteriores análisis de datos se efectuaron a través de los programas *Excel* y *SPSS vr.20* para Windows. Con los participantes que colaboraron en ambos cuestionarios, lo primero que se hizo fue examinar las variables sociodemográficas mediante un análisis descriptivo que aportó la frecuencia, media y desviación estándar. En segundo lugar, se llevó a cabo otro análisis descriptivo para las variables de identificación y simpatía. Finalmente, se estudió el efecto de las variables independientes diagnóstico personal, diagnóstico de un conocido, y de su interacción, sobre las variables dependientes correspondientes a los ítems de nivel de identificación con el personaje y a los ítems del CAMI, mediante un análisis de varianza (ANOVA). El ANOVA de un factor se llevó a cabo ítem por ítem.

### **5.7. Consideraciones éticas**

En la investigación se garantizó el anonimato a los participantes. Dentro del primer cuestionario se adjuntó un consentimiento informado (Anexo 2) sobre el trato de los datos con fines exclusivos de cara a estadísticas y su debido cumplimiento de acuerdo con lo especificado en la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. Si los participantes deseaban colaborar y ser incluidos en el estudio, debían otorgar su consentimiento para que sus respuestas se utilizasen en la investigación.

## 6. Resultados

En la muestra del primer cuestionario (N=65) se obtuvieron 172 películas, de las cuales Múltiple, Una mente maravillosa y Joker tuvieron mayor frecuencia de respuesta (Moda).

Los resultados pueden consultarse en la gráfica 2 y en listado disponible en el Anexo 5.

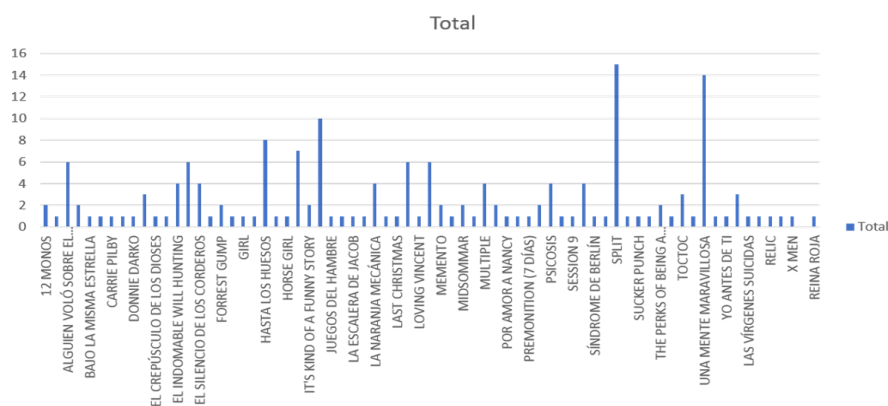


Gráfico 2. Frecuencia películas.

Seguidamente, se procedió al análisis descriptivo de los datos con la muestra de 28 participantes. Con respecto al **diagnóstico** se observó que el 28,6% de la muestra está diagnosticado con un trastorno mental. Y que un 78,6% conoce a un amigo, familiar o conocido con un diagnóstico psicológico/psiquiátrico. En cuanto a la variable **simpatía**, se advirtió que, para la primera película mencionada, un 75% manifestó haber sentido simpatía por el personaje. Hecho que se repitió para las otras tres películas. Para la variable **nivel de identificación** se encontró en la primera película (N=28) que un 32% de la muestra refirió sentirse indiferente hacia el personaje y un 25% notificó tanto no sentirse identificado, como nada identificado. En la segunda película (N=26) se observa mayor variabilidad de respuesta, el 50% no se sintió nada identificado y un 21,4% se sintió algo identificado. La tercera película escogida (N=18) muestra que un 28,6% no se sintió identificado. Por último, para la cuarta película, la participación decayó más de

un 50% (N=10). Se pudo observar que el 14,3% no se sintió identificado y que un 10,7% se mostró indiferente. Se analizaron también las frecuencias de las **dimensiones de la variable identificación** (Anexo 7): Para las dos primeras películas nombradas, la muestra manifestó sentir empatía emocional y cognitiva hacia el personaje, pero no se identificaban con las dimensiones de absorción en el relato ni atracción por el personaje. Sin embargo, para la tercera (N=18) en la dimensión absorción en el relato, se observa que un 28,6% que indicó no sentirse identificados un porcentaje equivalente en aquellos que si se sintieron que se ajustaba a su identificación. Asimismo, en la película 4 (N=10), un 25% si mostró identificación con la dimensión absorción por el relato y en la dimensión atracción por el personaje, los porcentajes obtenidos fueron los mismos para los que sí creían que se ajustaba a su identificación y los que no.

Una vez finalizado el análisis descriptivo y considerando los objetivos secundarios del estudio, se presentan a continuación de forma exhaustiva, los resultados obtenidos. Es importante destacar que se dieron por concluidos los supuestos de normalidad y homocedasticidad para realizar el análisis de comparación de ANOVA de una variable.

- Determinar si las personas con un trastorno mental diagnosticado, con un conocido diagnosticado o ambas, presentan un nivel de identificación mayor con el personaje.

Sólo se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a **identificación para las películas 3 y 4**, recogidos en la tabla 3. En la tercera (Anexo 8), la diferencia en identificación estuvo presente tanto en el *diagnóstico del participante* ( $p=0,024$ ), como en la *interacción* ( $p=,010$ ). El diagnóstico del participante mostró una diferencia de más

de 2 puntos entre las medias de los sujetos que sí están diagnosticadas (M=3,500) de aquellos que no (M=1,677). Además, el efecto del diagnóstico sobre el grado de identificación es estadísticamente significativo, pero mediano ( $\eta^2=0,313$ ). En relación con la interacción, los resultados muestran que la persona que *sí está diagnosticada* pero que *no conoce a nadie con un diagnóstico* presenta una media mayor (M=5), que aquellas personas que *no están diagnosticadas y no tienen un conocido diagnosticado* (M=1), de los participantes que *tienen un conocido diagnosticado y un trastorno mental diagnosticado* (M=2), y de los que *tienen un conocido diagnosticado, pero no tienen diagnosticado un trastorno mental* (M=2,33).

Referente al nivel de identificación en la cuarta película (Anexo 8), existe una diferencia significativa solo en cuanto al *diagnóstico del conocido/familiar/amigo* ( $p=0,032$ ). Los resultados mostraron que las personas que *sí que tienen un familiar/conocido diagnosticado* presentan una media de identificación mayor con el personaje (M=3,357) que la muestra que *no conoce a nadie diagnosticado* (M=1,500). De igual forma, el efecto de la variable diagnóstica sobre el grado de identificación es moderado ( $\eta^2=0,561$ ).

Tabla 1.

*Diferencias en la variable Película 3 y Película 4, estadísticos F y p (Sig.)*

Análisis de varianza univariante			N	Media	F	Sig.
Película 3	Diag. Participante	Sí	5	5,762	6,368	,024*
		No	13			
Película 3	Diag. Conocido	Sí	16	1,190	1,316	,271
		No	2			
	D. Conocido*D. Participante		18	8,048	8,895	,010*
Película 4	Diag. Participante	Sí	2	1,662	2,909	,139
		No	8			
Película 4	Diag. Conocido	Sí	8	4,390	7,682	,032*
		No	2			
	D. Conocido*D. Participante		10		,026	,838

\* $p<0,05$ . Fuente: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos en SPSS.

- Determinar si las personas con un trastorno mental diagnosticado, con un conocido diagnosticado o ambas, presentan actitudes más tolerantes hacia las personas con trastornos mentales

### Dimensión autoritarismo

Las puntuaciones medias (Anexo 9) obtenidas en esta dimensión para cada ítem, relevan que los participantes presentaron en su totalidad actitudes tolerantes hacia las personas con trastornos mentales. Pero, se destaca el ítem 9 (Anexo 10), *las personas con trastornos mentales tienen algo que las hace fácil distinguirlas de las personas normales*, presentado en la tabla 4. Se hallaron diferencias estadísticamente significativas en cuanto al **diagnóstico del conocido/familiar**. La muestra con un familiar con trastorno mental diagnosticado se muestra más en desacuerdo con esta afirmación (M=4,45) que aquellos que no conocen a nadie diagnosticado (M=3,33). El efecto del diagnóstico de un conocido sobre el ítem 9 es significativo, pero débil ( $\eta^2=0,240$ ).

Tabla 2.

*Diferencias en autoritarismo, estadísticos F y p (Sig.)*

Autoritarismo		N	Media	F	Sig.
9. Diag. Conocido	Sí	22	4,417	5,685	,025*
	No	6			

\* $p < 0,005$ . Elaboración propia a partir de los datos extraídos de SPSS.

### Benevolencia (Anexo 11)

Esta escala evalúa las actitudes de acogida y si se acude a la tabla de Benevolencia del anexo 9, se observó que en su totalidad mostraron actitudes empáticas hacia las personas con trastornos mentales. Se puede apreciar en el ítem 10, *las personas con enfermedades mentales han sido objeto de burlas durante demasiado tiempo*, que la muestra se mostró en total desacuerdo con esta afirmación. Sin embargo, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la variable **diagnóstico personal** ( $p=0,021$ ) en el ítem 6, *las personas con trastornos mentales representan una carga para la sociedad*. Pues,

aunque ambos grupos presentan actitudes favorables, la media de los sujetos con un diagnóstico presentan actitudes más empáticas ( $M=4,929$ ) que de las participantes que no tienen un diagnóstico ( $M=4,000$ ). El efecto de esta variable sobre el ítem 6, es significativo, pero débil ( $\eta^2=.202$ ).

Tabla 3.

*Diferencias en benevolencia, estadísticos F y p (Sig.)*

Benevolencia		N	Media	F	Sig.	
6.	Diag. Participante	Sí	8	2,447	6,081	,021*
		No	20			
30.	Diag. Conocido	Sí	22	,793	1,970	,173
		No	6			
D. Conocido*D. Participante			28	1,279	3,179	,087
	Diag. Participante	Sí	8	,000	-	-
		No	20			
	Diag. Conocido	Sí	22	,000	-	-
		No	6			
D. Conocido*D. Participante			28	,000	-	-

\* $p < 0,05$ . Elaboración propia a partir de los datos extraídos de SPSS.

Finalmente, en las dimensiones restricción social (Anexo 12) e ideología en salud mental en la comunidad (Anexo 13), no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el grupo con diagnóstico personal, ni en el grupo con un conocido diagnosticado, ni en la interacción.

## 7. Discusión

En primer lugar, de acuerdo con el objetivo principal del estudio se analizarán las cintas que obtuvieron mayor frecuencia de respuesta y si estos, presentan en ellas ciertos componentes que pudiesen estar contribuyendo a la estigmatización de los trastornos mentales. Según los resultados, las películas más nombradas fueron: Múltiple (Shyamalan, 2016), Joker (Phillips, 2019) y Una mente maravillosa (Howard, 2001). Todas ellas son grandes producciones de Hollywood que tienen en común que al menos uno de los personajes de la cinta presenta un TMSP. En el Anexo 14 se puede consultar un breve

resumen de cada una de las películas, año y director, y el género que le caracteriza (drama, y suspense y terror).

Antes de analizarlas en detalle, se examinará si los filmes cumplen con los criterios solicitados en la encuesta:

- Criterio diagnóstico: Se cumple puesto que al menos uno de los personajes de la película presenta un trastorno mental diagnosticado por un profesional y mencionado explícitamente en la película. En *Múltiple*, Kevin tiene un TID diagnosticado; en *Joker*, no se especifica la condición psíquica de Arthur, pero si se menciona que su madre tiene un diagnóstico de trastorno de la personalidad narcisista. Y en *Una Mente Maravillosa*, John Nash tiene diagnosticado un trastorno psicótico con predominación de síntomas positivos (alucinaciones, ideas delirantes y trastornos formales del pensamiento).
- Criterio tratamiento psicológico/psiquiátrico: También cumplen con este criterio, ya que en todas ellas se puede observar la relación entre el clínico y su paciente. En dos de los casos anteriormente mencionados, este tipo de tratamiento se ve interrumpido (*Joker*) o bien, finalizado por propia voluntad. Asimismo, en estas películas podemos observar cómo los personajes acceden a los servicios en salud mental desde diferentes vías y cómo este servicio difiere a la hora de cubrir las necesidades del paciente. En *Joker*, Arthur accede por la vía pública y podemos apreciar cómo la relación que mantiene con su terapeuta es cordial y hasta distante. En cierto punto, Arthur alude no sentirse escuchado durante las sesiones. Mientras que en *Múltiple* observamos que Kevin está acudiendo a un profesional por la vía privada y su terapeuta parece estar disponible en cualquier momento que lo necesite
- Criterio otro tipo de tratamiento: Este requisito es cumplido por dos de las películas, ya que en *Múltiple* no parece mencionarse ningún otro tipo de

tratamiento adicional a la psicoterapia. El tratamiento combinado con psicofármacos se utiliza en *Una Mente Maravillosa* (combinado con terapia de choque con insulina) y *Joker*. En ambos casos, como en el criterio anterior, se ven interrumpidos o finalizados. A causa de los efectos secundarios de la medicación, John decide no seguir con el tratamiento, pues le impide rendir y trabajar como desea. Mientras que Arthur ve interrumpido su tratamiento después de que el gobierno de Gotham realice recortes en sanidad.

Una vez comprobado que cumplen al menos uno de los requisitos anteriores, se procede a analizar los componentes presentes en estas películas que contribuyen a perpetuar la estigmatización de los trastornos mentales. Así como, aquellos componentes más ajustados a la realidad.

### **1. Múltiple**

En su año de estreno generó gran controversia por su contribución a agravar el estigma asociado al TID, a nivel social y personal. Una de las pocas representaciones que se ajustan a la realidad en la película, es que el factor precipitante para el desarrollo del trastorno es la experimentación en la infancia de eventos traumáticos (Brand y Pasko, 2017). Pero presenta errores en la proyección del trastorno como tal y del tratamiento. Referente a la representación del trastorno, el espectador lo observa todo desde el punto de vista de la víctima (Casey), nunca desde el punto de vista Kevin. No se puede ver cómo le afecta la situación, ni cómo interactúan sus identidades, ni siquiera con su entorno. Como mucho, se da una pincelada sobre cómo y cuándo aparecieron las diferentes identidades; siendo toda esta información insuficiente para entender el trastorno. Asimismo, esta información se ve desplazada al no ser considerada como importante para la trama principal, que es el surgimiento de una nueva identidad denominada “la bestia”, dando a entender al espectador que las personas con TID podrían presentar identidades

agresivas y violentas. Esto genera miedo en el grupo estigmatizado y en los agentes estigmatizadores, quienes podrían utilizar esta desinformación para desplazarles. Del tratamiento, este no es fiel a la realidad y la terapeuta presenta poca profesionalidad e implicación con el tratamiento, al pasar ciertos aspectos por alto y ensalzar el trastorno como si fuese un paso en la evolución humana “bueno, miramos a la gente que sufre como si fueran inferiores. Pero ¿y si fueran superiores?” (Shyamalan M. (dir), 2016).

Cintas cinematográficas que tratan el TID con mayor cuidado y proyectan una mejor representación del trastorno son Frankie & Alice (2010) y “What if it Works?” (2017). Podemos ver cómo afecta el trastorno a los diferentes aspectos de la vida de los personajes, pero sin caer en el estereotipo del personaje fracasado y desesperanzado, pues en ambas consiguen mostrar como los personajes continúan con sus vidas, con ayuda del tratamiento, y llevan una vida normal.

### **1. Una Mente Maravillosa**

La película fue criticada por representar en pantalla el estereotipo de que sólo las personas excepcionales y con talento, consiguen triunfar en la vida (Pirkis, et al., 2006). Este tipo de mitos perjudica al imaginario colectivo sobre los trastornos ya que hace que surjan actitudes que minusvaloran e invalidan a la persona afectada por el trastorno mental. El estereotipo de vagancia asociado al trastorno mental se aborda de forma más realista en la película My SO has got depression (2011), donde como bien explica la protagonista, aunque a veces se ofrecen consejos como “para salir de esta tienes que esforzarte” a modo de apoyo, en realidad, solo favorecen al mantenimiento del estigma internalizado. Estos comentarios generan culpabilidad y sentimientos de incapacidad en la persona que está sufriendo por la afección psíquica. Por tanto, la estrategia presentada en la pantalla no se ajusta a la realidad, pues no todas las personas con esta alteración psicológica lograrían hacer frente a sus síntomas de la misma forma (John supuestamente aprende a ignorar sus

alucinaciones visuales). Aunque si se puede apreciar que el Dr. Rosenhan advierte a John de la posibilidad de que las estrategias que ponga en marcha no logren mitigar sus síntomas.

P: “La esquizofrenia es degenerativa (...) es un problema sin solución”.

J: “Tan solo tengo que reeducar mi mente”.

P: “No puede, porque su mente es la que ha originado el problema”.

J: “Pues entonces lo resolveré, solo necesito tiempo”.

P: “Sin tratamiento las “fantasías” podrían dominarle del todo”.

La película también afianzo la creencia errónea de que las alucinaciones visuales son el síntoma positivo más frecuente en la esquizofrenia, cuando en realidad, el tipo más frecuente de alucinación es la auditiva. Según Wedding *et al.* (2014) este fue un recurso empleado por el director para “enriquecer” la trama y poder al final de esta mostrar un giro de guion. El espectador y John Nash descubren a la vez, que nada de lo que veía había sucedido de verdad.

Sin embargo, no todo lo representado es negativo, la película consigue mostrar las dificultades a las que se enfrentan estas personas con esta alteración psicológica: la dificultad de adaptación, las recaídas, el miedo por la población hacia el trastorno, y como pueden llegar a llevar una vida normalizada (Wedding, Boyd y Niemic, 2014).

## **2. Joker**

Es una película más entre otras muchas que vinculan la violencia con el trastorno mental, pudiendo como Múltiple exacerbar el estigma asociado a los trastornos y el estigma internalizado. Por lo que encontramos dos tipos de estereotipos que agudizan la estigmatización: el de que las personas con trastornos mentales son agresivas y el del personaje maníaco homicida porque en este caso, Arthur utiliza su condición y todo lo

que ha sufrido como justificación por haber asesinado a aquellas personas que le hicieron daño. Aun siendo una obra de ficción, un punto positivo de la película es que pone de manifiesto la importancia de la existencia de los servicios de salud mental y cómo en muchas ocasiones, estos no logran cubrir con las necesidades demandadas. Como le indica la terapeuta a Arthur, “al gobierno sólo le importa la gente normal. No la gente con trastornos y aquellos que los tratan”. Esta situación de desamparo lleva al personaje a sentirse abandonado por el sistema. Otro punto a su favor es que destaca la problemática del estigma social e internalizado, ya que se espera que las personas actúen o finjan como si no tuvieran esta condición y se comportasen de acuerdo con las normas sociales establecidas. Arthur anota en su diario una frase que resume perfectamente, lo antes mencionado: “La peor parte de tener una enfermedad mental es que la gente espera que te comportes como si no la tuvieras” (Philips T. (dir), 2019).

Con estas películas podemos lograr comprender la distinción entre el concepto de simpatía e identificación. En general, la muestra presentó simpatía hacia el personaje, que podría explicarse por la definición aportada en el cuestionario (Anexo 4) que expresa que la persona puede lograr entender por lo que está pasando otra persona, sin haber experimentado una vivencia similar. Pero esto no significa que se esté de acuerdo con las acciones tomadas por la persona. Sin embargo, atendiendo a la definición de identificación, es más complicado que los espectadores se identifiquen con lo que están viendo en pantalla, pues en este caso si es condición necesaria habrán vivido experiencias similares. Hecho que se reflejó en los resultados, donde la muestra en general indicó haberse sentido indiferente o no identificado con el personaje de la película. Asimismo, se advirtió que la muestra logró sentir empatía emocional y cognitiva por el personaje, pero esto no implicaba que sintiesen atracción por este, ni que podían absorbidos por el relato.

### Objetivos secundarios

Referente al primer objetivo del estudio, se mantiene la hipótesis nula para el nivel de identificación con las dos primeras películas debido a que no existen diferencias en el grado de identificación con el personaje en las variables diagnóstico personal, diagnóstico de un conocido o de su interacción. Por lo que se concluye que la muestra en estas dos dimensiones se mostró en general, indiferente y no identificada con el personaje.

Para la tercera película mencionada por la muestra, se determina que existen diferencias en el grupo conformado por las participantes que tienen un trastorno mental diagnosticado, como para la interacción entre diagnóstico personal y de un conocido. Por tanto, las personas diagnosticadas con un trastorno mental presentan un nivel de identificación mayor con el personaje de la tercera película escogida. No obstante, los sujetos con un diagnóstico tienden a revelar un grado de identificación indiferente hacia el personaje; mientras que los participantes que no están diagnosticados no se sienten identificados con el personaje que escogieron para la tercera película. En relación con la interacción, se puede concluir que, si el participante está diagnosticado, pero no conoce a ningún familiar diagnosticado, se identifican en su totalidad con el personaje. Del tamaño del efecto se enfatiza que es pequeño y podría haber salido significativo debido a que la muestra era reducida y desigual.

En la cuarta película escogida también se puede determinar la existencia de diferencias en el nivel de identificación de las personas con un familiar/amigo/conocido diagnosticado. Presentando mayor grado de identificación con el personaje. Sin embargo, estos se muestran indiferentes en comparación con los sujetos que no tienen ningún conocido diagnosticado, que refieren no sentirse nada identificados. De igual modo, si el tamaño del efecto fue significativo pudo ser debido al tamaño muestral. En conclusión,

aunque en este estudio se haya rechazado la hipótesis en dichos grupos. En futuras investigaciones, los resultados podrían no replicarse en un futuro. Este hecho se abordará más en profundidad en las limitaciones de la investigación.

### Resultados CAMI

Esta cuestión tuvo como objetivo determinar si las personas con un trastorno mental diagnosticado, un familiar diagnosticado o su interacción, presentan actitudes más tolerantes hacia las personas con trastornos mentales. Encontrando que en su totalidad la muestra es tolerante, empática, aboga por los derechos de las personas con trastornos mentales y presentan una visión favorable ante su integración en la comunidad. Aun así, destacan los ítems 6 y 9, uno perteneciente al factor autoritarismo y otro a la dimensión benevolencia. Donde se observa que el grupo sin un conocido diagnosticado presenta actitudes ligeramente más autoritarias que el grupo con un conocido diagnosticado. Pues los primeros se presentan imparciales a la declaración, mientras que las personas con un conocido rechazan por completo la afirmación de que las personas con trastornos mentales posean un rasgo que les diferencie del resto. En cuanto al ítem 6 se concluyó que los participantes con un diagnóstico presentan una actitud más benevolente que el grupo que no está diagnosticado. No obstante, es relevante indicar que ambos grupos se posicionan en desacuerdo con esta afirmación.

### Campañas contra el estigma a nivel internacional y nacional

Finalmente, el último objetivo del estudio era investigar los diferentes eventos realizados dentro y fuera de España con el objetivo de erradicar el estigma. En el Anexo 15, aparecen todos los eventos encontrados recogidos en una tabla con un enlace a la página web de cada uno. Parte de estos festivales han sido encontrados en la plataforma *FilmFreeway*<sup>4</sup>.

---

<sup>4</sup> FilmFreeway es un sitio web para que los cineastas envíen sus películas a cientos de festivales de cine de todo el mundo (extraído de Wikipedia). <https://filmfreeway.com/>

Todas estas iniciativas luchan contra el trato injusto y discriminatorio recibido por las personas con trastornos mentales y promoviendo su inclusión en la sociedad. Actuando a través de la concienciación, sensibilización y/o educación; utilizando el cine como medio para poder llevarlo a cabo. Siendo su grupo objetivo tanto el público general, como el grupo estigmatizado y los profesionales de la salud mental. Debido a la pandemia, algunos de estos festivales se han visto afectados, sin embargo, se ha comprobado que muchos han trasladado el festival a modalidad virtual.

### Limitaciones de la investigación

Al igual que otro tipo de formatos, el cine presenta ciertas limitaciones, la más representativa podría considerarse intentar presentar una historia completa (a excepción de las sagas fílmicas) en un tiempo máximo de dos horas. Mientras que otros formatos, como las series de televisión permiten mostrar esa representación en un periodo más largo de tiempo. Pudiendo observar y acompañar, durante varios capítulos, el seguimiento del personaje y su evolución en su proceso de recuperación.

En relación con el estudio, no se han encontrado investigaciones similares a la aquí realizada, por lo que la comparación de grupos ha resultado difícil de interpretar y comparar con estudios anteriores, pues todos ellos fueron aplicados muestras no clínicas (p.ej. estudiantes de universidad). Pero si se han encontrado trabajos que analicen en profundidad el papel los componentes estigmatizantes representados en pantalla.

También, se debe destacar de este estudio el tamaño muestral es muy reducido para el análisis comparativo de medias, estando compuesto por sólo 28 participantes. Por tanto, al no ser una muestra representativa, los resultados obtenidos no se pueden generalizar a la población. Pese a que se tuvo en cuenta la posibilidad de que la muestra se viese reducida entre la aplicación del primer y segundo cuestionario, no se esperó que

disminuyese más del 50%. Se intentó aumentar la participación publicando recordatorios a través de las redes sociales mencionadas en el apartado de metodología, no obstante, esta no aumentó. Esto podría ser debido al espacio temporal transcurrido entre ambos cuestionarios (un mes). Así como que la causa de la disminución se deba al tiempo estimado para completar la segunda parte del cuestionario (aproximadamente 15 minutos). Para futuras investigaciones en esta área, se recomienda la simplificación del proyecto, centrarse en una única problemática de salud mental. Si se da la posibilidad, no dividir el cuestionario en dos partes. Escoger una muestra más homogénea, por ejemplo, estudiantes de psicología de la Universidad Complutense de Madrid o profesionales de la salud en la Comunidad de Madrid. Así como, referente a las variables sociodemográficas, se aconseja el uso de variables con dos niveles de respuesta. Igualmente, de tener más de dos opciones sería de gran interés conocer la frecuencia con la que la muestra tiene contacto con personas con trastornos mentales diagnosticados. Y en relación con la alfabetización en salud mental, poder averiguar qué medios utiliza la muestra para informarse sobre estos temas (libros, series, internet...).

Otro paso más allá para este estudio sería realizar un cinefórum donde se proyectasen las películas mencionadas en este estudio y posteriormente realizar un debate, en el que se pudiesen compartir las emociones que ha sentido la muestra al ver la película, sus opiniones acerca de la representación presentada en pantalla (si se corresponde o no con la realidad) e incluso poder aplicar el CAMI en dicha población. Aplicarlo antes y después de la proyección para conocer si esta influye en las actitudes y percepción que tiene la población sobre las personas con trastornos mentales.

En conclusión, todavía queda un largo recorrido para que los medios de comunicación dejen de incluir elementos estigmatizantes en su contenido, así como, para lograr alcanzar

que las películas más reconocidas por la población se correspondan con representaciones positivas y fieles a la realidad. En momentos como el que se está viviendo actualmente, donde se han visto incrementados los problemas en salud mental, presentan una oportunidad de cambio para concienciar a la población general y, de este modo, lograr una sociedad más inclusiva. Aquí es donde entran las estrategias de lucha contra el estigma cuyo fin es la erradicación de los estereotipos asociados a los problemas en salud mental. Encontrando entre ellas campañas que utilizan diferentes recursos a su favor, como el cine por su capacidad de difusión y alcance global para concienciar, sensibilizar y educar a la población.

## 8. Referencias bibliográficas

- Badallo Carbajosa, A. (2012). *Estigma y Salud Mental*, España. Madrid: Grupo 5.
- Balasz, M., Caussa, A., Faucha, M., & Casado, J. (2016). El estigma y la discriminación en salud mental en Cataluña 2016. *Apunts, empresa d'economia social dedicada a donar oportunitats laborals a persones amb trastorns de salut mental, editor. Cataluña.*
- Brand, B., & Pasko, D. (2017). Split is based on myths about dissociative identity disorder. *PsycCRITIQUES*, 62(18) <http://dx.doi.org/bucm.idm.oclc.org/10.1037/a0040801>
- Campo-Arias, A., Oviedo, H. C., & Herazo, E. (2014). Estigma: Barrera de acceso a servicios en salud mental. *Revista Colombiana De Psiquiatría*, 43(3), 162-167. doi: <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2014.07.001>
- Cervello, S., Arfeuillère, S., & Caria, A. (2017). Schizophrenia in movies: On-screen representations and fight against stigma. *L'Information Psychiatrique*, 93(6), 507-516.
- Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental (FEAFES). Salud Mental y medios de comunicación. Guía de estilo. [Internet] 2008. Disponible en: <https://consaludmental.org/wp-content/uploads/2011/01/GUIA-DE-ESTILO-SEGUNDAEDICION.pdf>
- Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA (2021). Salud Mental y COVID-19. Un año de pandemia.
- Corrigan, P. W., & Rao, D. (2012). On the self-stigma of mental illness: Stages, disclosure, and strategies for change. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 57(8), 464-469.
- de la Higuera-Romero, J., Candelas-Muñoz, A., Jiménez-González, A., et al. (2020). Validación y adaptación española de la escala de actitudes estigmatizadoras hacia la salud mental entre iguales (peer mental health stigmatization scale, PMHSS-

24). *Revista De Psiquiatría Y Salud Mental*, doi:  
<https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2020.06.004>

Espinosa-López, R., & Valiente-Ots, C. (2017). ¿Qué es el Trastorno Mental Grave y Duradero?. *Edupsykhé. Revista de Psicología y Educación*, 16(1), 4-14.

Fonseca, L. C., & Mendoza, C. P. (2005). La estigmatización social como factor fundamental de la discriminación juvenil. *El cotidiano*, (134), 64-70.

Goffman, E., & Guinsberg, L. (1963). *Estigma: la identidad deteriorada*. Buenos Aires: Amorrortu.

Goldman, H. H., Gatozzi, J., & Taube, R. (1981). The national plan for the chronically mentally ill. *Hospital & Community Psychiatry*, 32, 16-28.

González Bravo, L. A. (2009). Formulaciones clínicas en psicoterapia. *Terapia psicológica*, 27(1), 93-102.

Hylar, S. E., Gabbard, G. O., & Schneider, I. (1991). Homicidal maniacs and narcissistic parasites: stigmatization of mentally ill persons in the movies. *Psychiatric Services*, 42(10), 1044-1048.

Igartua, J. J. (2008). Identificación con los personajes y persuasión incidental a través de la ficción cinematográfica. *Escritos de Psicología (Internet)*, 2(1), 42-53.

Instituto Nacional de Estadística. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (2017). SALUD MENTAL ENSE 2017 (Informe #1). Disponible en:  
[https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2017/SALUD\\_MENTAL.pdf](https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2017/SALUD_MENTAL.pdf)

Kutcher, S., Wei, Y., & Coniglio, C. (2016). Mental health literacy: past, present, and future. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 61(3), 154-158.

Moreno Martín, F., y Muiño, L. (2003). *El Factor Humano en Pantalla un Paseo Por la Psicología Desde el Patio de Butacas*. Editorial Complutense.

- Morrison, J. (2015). *DSM-5® Guía para el diagnóstico clínico*. Editorial El Manual Moderno.
- Muñoz, M., Pérez-Santos, E., Crespo, M., & Guillen, A. I. (2006). Resumen de Resultados de la investigación: el estigma de la enfermedad mental.
- Muñoz, M., Pérez-Santos, E., Crespo, M., Guillén, A. I., & Izquierdo, S. (2011). La enfermedad mental en los medios de comunicación: un estudio empírico en prensa escrita, radio y televisión. *Clínica y salud*, 22(2), 157-173.
- Muñoz, M. (dir), et al. (2021). Guía de buenas prácticas contra el estigma. *Estudio de indicadores y propuesta de una escala*. Madrid: Cátedra Extraordinaria UCM - Grupo 5 contra el Estigma. Recuperado de: <https://www.contraelestigma.com/download-buenas-practicas/>
- Ochoa, S., Martínez-Zambrano, F., Vila-Badia, R., Arenas, O., Casas-Anguera, E., García-Morales, E., ... & Haro, J. M. (2016). Validación al castellano de la escala de estigma social: Community Attitudes towards Mental Illness en población adolescente. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 9(3), 150-157.
- Parra, J. A. C. (2004). La estigmatización en el cine (Un diálogo de la psicología social con el séptimo arte). *Poiésis*, 4(7).
- Pérez Álvarez, M. (2015). Más allá del DSM-5: dimensiones transdiagnósticas y psicopatología fenomenológica. *Psicoevidencias*, 42, 1, 11.
- Pérez-Álvarez, M. (2019). Diagnóstico más allá de los síntomas: un enfoque centrado en el mundo de la vida de las personas. *CUADERNOS DE PSIQUIATRIA*, 16(1), 22.
- Perciful, M. S., & Meyer, C. (2017). The impact of films on viewer attitudes towards people with schizophrenia. *Current Psychology*, 36(3), 483-493.
- PISMA. (2016). Cómo se crea el estigma: Medios de comunicación. Recuperado 10 de junio de 2021, de <https://www.1decada4.es/mod/page/view.php?id=15&forceview=1>

- Pirkis, J., Blood, R. W., Francis, C., & McCallum, K. (2006). On-screen portrayals of mental illness: Extent, nature, and impacts. *Journal of health communication, 11*(5), 523-541.
- Rodríguez, R. M., Pérez, J. D. C., Heras, P. M., Miralles, A. B., Rodrigo, M. Á. C., Lorente, L. F., ... & Villajos, F. J. G. (2018). Impacto de los talleres de sensibilización en la reducción del estigma social hacia las personas con enfermedad mental. *Revista de Educación Inclusiva, 11*(2), 199-214.
- Rosenhan, D. L. (1973). On being sane in insane places. *Science, 179*(4070), 250-258.
- Sieff, E. (2003). Media frames of mental illnesses: The potential impact of negative frames. *Journal of Mental Health, 12*(3), 259-269.
- Taylor, S. M., & Dear, M. J. (1981). Scaling community attitudes toward the mentally ill. *Schizophrenia bulletin, 7*(2), 225-240.
- The National Institute of Mental Health. (2021). Recuperado 4 de junio de 2021, de <https://www.nimh.nih.gov/health/statistics/mental->
- Thompson, L. (2014). RABBITS EAT CARROTS, RIGHT?. *Veterinary Times, 44*(17), 8-10.
- Wedding, D., Boyd, M. A., & Niemiec, R. M. (2014). *Movies and mental illness: Using films to understand psychopathology*. (4th ed.). Boston: Hogrefe Publishing.
- Wilson, C., Nairn, R., Coverdale, J., & Panapa, A. (2000). How mental illness is portrayed in children's television: A prospective study. *The British Journal of Psychiatry, 176*(5), 440-443.
- World Health Organization. (2004). Invertir en salud mental. Recuperado de [https://www.who.int/mental\\_health/advocacy/en/spanish\\_final.pdf](https://www.who.int/mental_health/advocacy/en/spanish_final.pdf)

### 8.1. Referencias filmográficas

Carpenter, J. (Director). (1998). *Halloween* [Película]. Estados Unidos. Compass International Pictures; Falcon International Productions.

Fincher, D. (Director). (1999). *The Fight Club* [El Club de la Lucha] [Película]. Fox 2000 Pictures; Regency Enterprises; Linson Films; Atman Entertainment; Knickerbocker Films; Taurus Film.

Hitchcock A. (Director). *Psycho* [Psicosis] [Película]. Estados Unidos. Paramount Pictures.

Howard R. (director). (2001). *A Beautiful Mind* [Una mente maravillosa] [Película]. DreamWorks SKG; Imagine Entertainment; Universal Pictures.

Philips T. (director). (2019). *Joker* [Película]. DC Comics; DC Entertainment; Warner Bros.; Village Roadshow; Creative Wealth Media Finance; 22 & Indiana Pictures; Bron Studios.

Russell, D, O. (Director). (2011). *The Silver Linings Book* [El lado bueno de las cosas] [Película]. The Weinstein Company.

Sasabe, K. (Director). (2011). ツレがうつになりました。 [My SO Has Got Depression] [Película]. Central Arts; CineMove; Gentosha.

Scorsese M. (Director y productor) (2010). *Shutter Island* [Película]. Paramount Pictures; Phoenix Pictures; Sikelia Productions; Appian Way.

Sax G. (director). (2010). *Frankie & Alice* [Frankie y Alice] [Película]. Access Motion Pictures; F & A Production Services; Reality Pictures in Motion.

Shyamalan M. (director). (2016). *Split* [Múltiple] [Película]. Blumhouse Productions; Blinding Edge Pictures; Dentsu Inc; Fuji Eight Company Ltd; Fuji TV.

Trower R. (Director) (2017). *What if it Works?* [Película]. More to explore.

# ANEXOS

ANEXO 1. Recomendaciones para medios de comunicación

SÍ, POR FAVOR	NO, GRACIAS
Referirse a una persona diagnosticada con un trastorno mental como: Persona con enfermedad mental /con problemas de salud mental.	Términos ofensivos, inexactos y anticuados que perpetúan la ignorancia y conducen al estigma: enfermo mental, trastornado, perturbado, psicópata, loco.
Referirse a una persona diagnosticada con un trastorno mental específico: Persona con/que tiene esquizofrenia, depresión, etc.	Términos que etiquetan a los individuos sustantivando su condición: esquizofrénico, depresivo, maniaco, anoréxica, psicótico.
Referirse en general a la salud mental: Salud Mental, Enfermedad de salud mental, Problemas de salud mental.	Términos que enfatizan la parte negativa y condiciones severas: enfermedades mentales/psiquiátricas.
Referirse a los centros de atención: Centro de salud mental/centro de día/centro de rehabilitación.	Términos anticuados y ofensivos: manicomio, psiquiátrico.
Referirse a los ingresos psiquiátricos como: Ingreso hospitalario en....	Términos inadecuados que contribuyen a la estigmatización: reclusión, internamiento, encierro...
Mencionar los problemas de salud mental en el titular solamente cuando es imprescindible para entender correctamente la noticia.	Titulares alarmantes o morbosos que incluyen el tema de salud mental de manera gratuita para captar la atención del lector.
Mencionar los problemas de salud mental en la noticia solamente cuando sea necesario para entender correctamente el hecho, especialmente cuando éstos puedan relacionarse con un hecho negativo.	Mencionar los problemas de salud mental si éstos no son relevantes para la correcta comprensión del hecho noticioso.
Ilustrar las informaciones sobre salud mental con el material gráfico adecuado: la mayoría de estas enfermedades son invisibles.	Imágenes que transmitan aislamiento social, improductividad o que despiertan compasión o rechazo. Imágenes de otro tipo de discapacidades.
En noticias relacionadas con sucesos violentos limitarse a describir los hechos directamente observables (sin aventurarse a prejuzgar la causa del hecho a una enfermedad mental) o bien llegar a mostrar sus circunstancias contextuales y factores causales sin relegar la enfermedad como única causa.	Omitir información o proporcionar información sesgada que perpetúe falsos vínculos entre enfermedad mental y conductas violentas o ilegales.
Fuera del contexto de salud (tratando otros temas), describir situaciones, cosas o personas con adjetivos como: caótico, irracional, extravagante, apasionado, espectacular o triste, hambriento, etc.	Usar términos de ámbito médico como adjetivos en otros contextos: esquizofrénico, paranoico, depresivo, anoréxico, etc.
Rectificar sin demora y al mismo nivel y eco aquellas informaciones que hayan perjudicado los derechos de las personas o asociaciones del ámbito de la salud mental o su imagen pública.	Infravalorar las reclamaciones de los derechos de los afectados ni el poder de los medios para mantener y perpetuar concepciones erróneas en la población.

## ANEXO 2. Consentimiento Informado.

Los datos que lo/a identifiquen serán tratados y custodiados en forma confidencial con respeto a su intimidad y la vigente normativa de protección de datos de forma que la información contenida en este cuestionario se mantendrá en completa confidencialidad. Además, usted tiene derecho a cancelar o rectificar dicha información sin ningún coste y en ningún momento sus datos se utilizarán para otros fines no descritos en la presente hoja. En ningún caso sus respuestas serán presentadas acompañadas de su nombre o de algún dato que lo identifique.

El titular de los datos personales tiene la facultad de ejercer el derecho de acceso a los mismos en forma gratuita. La DIRECCIÓN NACIONAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES de España, Órgano de Control de la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, tiene la atribución de atender las denuncias y reclamos que se interpongan con relación al incumplimiento de las normas sobre protección de datos personales. Salvo para quienes estén autorizados acceder a sus datos personales. En caso de que los resultados de este estudio sean publicados en revistas o en congresos, su identidad no será revelada.

La participación en el estudio es totalmente voluntaria. Usted podrá retirarse en cualquier momento del estudio si lo desea sin tener que dar explicaciones. Si algunas preguntas lo ponen incómodo, puede no contestar alguna de ellas si así lo prefiere. De todas maneras, lo ideal es tratar de dar toda la información requerida para que el estudio se haga en forma correcta. Una vez que haya retirado su consentimiento no se podrán obtener datos sobre Ud.

Asimismo, puede plantear todas sus dudas respecto a la investigación y sobre sus datos antes, durante y después de su participación al correo [crgarc21@ucm.es](mailto:crgarc21@ucm.es). Puede dirigirse a esta dirección de email para ejercer sus derechos de acceso y cancelación de los datos obtenidos sobre usted.

ANEXO 3.

5. Género:

- Femenino
- Masculino
- Género no binario
- Prefiero no contestar a esta pregunta.
- Otro:

6. Edad: \_\_\_\_\_

7. Situación sociolaboral:

- Estudiante
- Empleado
- Ambas
- Prefiero no contestar a esta pregunta.
- Otro:

8. ¿Tus estudios o profesión están dentro de la rama de Ciencias de la Salud?

- Sí
- No
- Prefiero no contestar a esta pregunta.

PELÍCULAS

9. Nombra (máximo 4) películas que conozcas que cumplan ALGUNO de los siguientes requisitos: 1) Al menos uno de los personajes de la cinta tenga un trastorno mental diagnosticado por un profesional, 2) haya acudido o acuda a terapia con psicólogo, psiquiatra o ambos y/o 3) reciba otro tipo de tratamiento (ej. tratamiento farmacológico). De nuevo no hace falta que cumplan todos los requisitos:

Preguntas acerca de las Películas

A continuación de acuerdo con el orden en el que ha nombrado las películas, marca la casilla de acuerdo con si cumple o no el requisito. También puedes marcar la casilla "No lo sé", en caso de que no se mencione en la película, no lo recuerdes o lo desconozcas.

En caso de que hayas enumerado solo dos películas, por favor deja en blanco las siguientes preguntas. Si por el contrario has indicado 3 y/o 4 películas, en la tabla marca SOLO una respuesta por fila.

10. Película 1

	Sí	No	No lo sé
Diagnóstico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tratamiento psicológico y/o psiquiátrico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Otro tipo de tratamiento (Ej. tratamiento farmacológico)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

11. Película 2

	Sí	No	No lo sé
Diagnóstico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tratamiento psicológico y/o psiquiátrico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Otro tipo de tratamiento (Ej. tratamiento farmacológico)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

12. Película 3

	Sí	No	No lo sé
Diagnóstico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tratamiento psicológico y/o psiquiátrico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Otro tipo de tratamiento (Ej. tratamiento farmacológico)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

13. Película 4

	Sí	No	No lo sé
Diagnóstico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tratamiento psicológico y/o psiquiátrico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Otro tipo de tratamiento (Ej. tratamiento farmacológico)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

14. Si en alguna de las películas mencionan el diagnóstico ¿Recuerdas cuál/cuáles eran?

- Sí
- No

15. Si en la pregunta anterior respondiste SÍ, nombra la película y el diagnóstico:

**PERSONAJE:** Identificación y simpatía

**SIMPATÍA:** La simpatía podría definirse como la capacidad de percibir por lo que está pasando una persona sin tener que haber experimentado una vivencia similar. Por ejemplo,

puedo sentir pena por el personaje si no le cogen en un trabajo debido a su diagnóstico y yo como espectador no haber vivido nada similar ni esperar que me ocurra.

Por favor, a continuación, teniendo en mente esta definición responde a las preguntas.

16. Película 1: ¿Sentiste simpatía por el personaje?

- Sí
- No
- No lo sé/ No estoy seguro

17. Película 2: ¿Sentiste simpatía por el personaje?

- Sí
- No
- No lo sé/ No estoy seguro

18. Película 3: ¿Sentiste simpatía por el personaje?

- Sí
- No
- No lo sé/ No estoy seguro

19. Película 4: ¿Sentiste simpatía por el personaje?

- Sí
- No
- No lo sé/ No estoy seguro

20. Si has sentido simpatía, te gustaría compartir, ¿en qué momento y por qué?

---

**IDENTIFICACIÓN:** La identificación es la capacidad de una persona para comprender las necesidades, sentimientos y problemas de los demás porque se ha vivido (o podría vivir) una experiencia similar. Este concepto está compuesto por diferentes dimensiones que se definen como:

- Empatía Emocional: Capacidad para sentir lo que está sintiendo el personaje.
- Empatía Cognitiva: Ponerse en el lugar del personaje.
- Absorción en el relato: Sentir que te conviertes en el personaje.
- Atracción personal hacia el personaje: Valorarlo de forma positiva y percibirlo como similar (ej. personalidad).

Teniendo en cuenta la definición proporcionada, primero se te solicitará que indiques del 1 al 5, siendo: 1. NO ME SENTÍ NADA IDENTIFICADO, 2. No me sentí identificado, 3. Indiferente, 4. Me sentí algo identificado y 5. ME SENTÍ MUY IDENTIFICADO. Cuánto te identificaste con el personaje de las películas que has escogido para responder el cuestionario. Seguidamente, se te pedirá que marques las casillas que mejor describan la forma en que te sentiste identificado como espectador con el personaje.



26. Película 3. Marca la casilla que mejor se ajuste a la identificación con el personaje.

	Sí	No	No lo sé
Empatía Emocional	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Empatía Cognitiva	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Absorción en el Relato	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Atracción Personal hacia el Personaje	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

27. Película 4: Del 1 al 5, ¿Qué tan identificado te sentiste con el personaje de la película que has escogido?

	1	2	3	4	5	
No me sentí nada identificado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Me sentí muy identificado.

28. Película 4. Marca la casilla que mejor se ajuste a la identificación con el personaje.

	Sí	No	No lo sé
Empatía Emocional	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Empatía Cognitiva	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Absorción en el Relato	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Atracción Personal hacia el Personaje	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

29. Si llegaste a identificarte con alguno de estos personajes, ¿te gustaría compartir por qué?

---

ANEXO 4.

1. Introduzca las 5 primeras letras del correo facilitado en la encuesta anterior. Ejemplo: si el correo que puse fue crgarc21@ucm. es, entonces el código será crgar: \_\_\_\_\_

**DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS**

2. ¿Está usted diagnosticado de algún trastorno psicológico o psiquiátrico?

- Sí
- No
- No deseo responder a esta pregunta.

3. ¿Algún familiar, conocido y/o amigo está diagnosticado de algún trastorno psicológico o psiquiátrico?

- Sí
- No
- No deseo responder a esta pregunta.

**CAMI (Taylor y Dear, 1981; Ochoa, et al., 2016)**

Lea atentamente las siguientes afirmaciones que expresan opiniones distintas sobre los trastornos mentales y las personas que los padecen. E indique del 1 al 5 la respuesta que mejor refleje su opinión con cada afirmación. Siendo: 1=TOTALMENTE DE ACUERDO, 2= DE ACUERDO, 3=NI ACUERDO NI EN DESACUERDO, 4= EN DESACUERDO y 5=TOTALMENTE EN DESACUERDO. Por favor, sea lo más sincero posible.

	1	2	3	4	5
1. En cuanto que una persona muestra signos de alteración mental, debería ser ingresada en el hospital.					
2. Se debería gastar más dinero de los fondos estatales en el cuidado y tratamiento de las personas con trastornos mentales.					
3. Las personas con trastornos mentales se deberían mantener aisladas de la comunidad.					
4. La mejor terapia para muchas personas con trastornos mentales es formar parte de una comunidad.					
5. Una enfermedad mental es una enfermedad como cualquier otra.					
6. Las personas con enfermedades mentales representan una carga para la sociedad.					
7. Las personas con enfermedades mentales son menos peligrosas de lo que supone la mayoría de la gente.					
8. La ubicación de servicios de salud mental en zonas residenciales degrada el barrio.					
9. Las personas con enfermedades mentales tienen algo que las hace fácil distinguirlas de las personas normales.					
10. Las personas con enfermedades mentales han sido objeto de burlas durante demasiado tiempo.					
11. Una mujer sería tonta si se casa con un hombre que ha padecido una enfermedad mental, incluso cuando éste parezca estar totalmente recuperado.					
12. Siempre que sea posible los servicios de salud mental deberían ser ofrecidos a través de centros en la comunidad.					
13. Se debería dar menos importancia a proteger a la población de las personas con enfermedad mental.					
14. Gastar más en servicios de salud mental es un despilfarro de dinero público.					
15. Nadie tiene derecho a excluir a las personas con enfermedades mentales de su barrio.					

El impacto del cine en la estigmatización de los trastornos mentales

16. El hecho de tener personas con enfermedades mentales viviendo en comunidades residenciales puede ser una buena terapia, pero los riesgos para los residentes son demasiado grandes.					
17. Las personas con enfermedades mentales necesitan el mismo control y disciplina que un niño.					
18. Necesitamos adoptar una actitud mucho más tolerante en nuestra sociedad hacia las personas con enfermedades mentales.					
19. No me gustaría vivir al lado de una persona que ha padecido una enfermedad mental.					
20. Los residentes deberían aceptar la ubicación de servicios de salud mental en sus barrios para cubrir las necesidades de la comunidad local.					
21. Las personas con enfermedades mentales no deberían ser tratadas como marginados sociales.					
22. Hay suficientes servicios para las personas con enfermedades mentales.					
23. Se debería motivar a las personas con enfermedades mentales a asumir las responsabilidades de una vida normal.					
24. Los residentes tienen buenos motivos para oponerse a la ubicación de servicios de salud mental en sus barrios.					
25. La mejor manera de tratar a personas con enfermedades mentales es mantenerlos bajo llave.					
26. Nuestros hospitales parecen más cárceles que sitios donde se puede cuidar de las personas con enfermedades mentales.					
27. Cualquier persona con historia de problemas mentales debería estar excluida de asumir un trabajo público.					
28. La ubicación de servicios de salud mental en zonas residenciales no representa ningún peligro para los residentes.					
29. Los hospitales para enfermedades mentales representan un tipo de tratamiento obsoleto.					
30. Las personas con enfermedades mentales no merecen nuestra comprensión.					
31. No deberían negarse sus derechos como individuos a las personas con enfermedades mentales.					
32. Los centros de salud mental deberían estar fuera de barrios residenciales.					
33. Una de las principales causas de la enfermedad mental es la falta de autodisciplina y de fuerza de voluntad.					
34. Tenemos la responsabilidad de proporcionar el mejor cuidado posible a las personas con enfermedades mentales.					
35. No se puede dar ninguna responsabilidad a las personas con enfermedades mentales.					
36. Los residentes no tienen nada que temer de personas que vienen a sus barrios para ser atendidos en los servicios de salud mental.					
37. Prácticamente cualquier persona puede padecer una enfermedad mental.					
38. Es mejor evitar a cualquier persona que tenga problemas mentales.					
39. En la mayoría de los casos, se puede confiar en mujeres que han sido pacientes en hospitales de enfermedades mentales como canguros.					
40. Asusta pensar en personas con problemas mentales viviendo en barrios residenciales.					

## ANEXO 5. Listado con todas las películas nombradas por la muestra.

Películas	Frecuencia
12 MONOS	2
50 FIRST DATES	1
ALGUIEN VOLÓ SOBRE EL NIDO DEL CUCO	6
ASYLUM: EL EXPERIMENTO	2
BAJO LA MISMA ESTRELLA	1
BEAUTIFUL BOY	1
CARRIE PILBY	1
COCODRILO DANDEE	1
DONNIE DARKO	1
EL CLUB DE LA LUCHA	3
EL CREPÚSCULO DE LOS DIOSES	1
EL DIARIO DE NOA	1
EL INDOMABLE WILL HUNTING	4
EL LADO BUENO DE LAS COSAS	6
EL SILENCIO DE LOS CORDEROS	4
ESPLENDOR EN LA HIERBA	1
FORREST GUMP	2
GHOSTLAND	1
GIRL	1
GOTHICA	1
HASTA LOS HUESOS	8
HISTORIA DE UN MATRIMONIO	1
HORSE GIRL	1
INOCENCIA INTERRUMPIDA	7
IT'S KIND OF A FUNNY STORY	3
<b>JOKER</b>	<b>10</b>
JUEGOS DEL HAMBRE	1
LA CHICA DEL TREN	1
LA ESCALERA DE JACOB	1
LA ISLA DE NIM	1
LA NARANJA MECÁNICA	4
LAS VENTAJAS DE SER UN MARGINADO	1
LAST CHRISTMAS	1
LOCO POR ELLA	6
LOVING VINCENT	1
MEJOR IMPOSIBLE	6
MEMENTO	2
MENTIROSO COMPULSIVO	1
MIDSOMMAR	2
MR. JONES	1
MULTIPLE	4
OLVÍDATE DE MI (ETERNAL SUNSHINE)	2
POR AMOR A NANCY	1
PORQUE LO DIGO YO	1
PREMONITION (7 DÍAS)	1
PROZAC NATION	2
PSICOSIS	4
RAIN MAN	1
SESSION 9	1
SHUTTER ISLAND	4
SÍNDROME DE BERLÍN	1
SPELLBOUND	1
<b>SPLIT</b>	<b>15</b>
STEVEN UNIVERSE: THE MOVIE	1
SUCKER PUNCH	1
TENEMOS QUE HABLAR DE KEVIN.	1

## El impacto del cine en la estigmatización de los trastornos mentales

THE PERKS OF BEING A WALLFLOWER	2
THE ROAD WITHIN	1
TOCTOC	3
<b>UNA MENTE MARAVILLOSA</b>	<b>14</b>
UNA TERAPIA PELIGROSA	1
YO ANTES DE TI	1
YO SOY SAM	3
LAS VÍRGENES SUICIDAS	1
DEAR EX	1
RELIC	1
HEREDITARY	1
X MEN	1
REINA ROJA	1
<b>Total</b>	<b>172</b>

ANEXO 6. Datos estadísticos de las variables sociodemográficas

Variable	Muestra (X=28)
<b>Género</b>	
Femenino	20 (71,4%)
Masculino	6 (21,4%)
Género no binario	1 (3,6%)
Prefiero no contestar a esta pregunta	1 (3,6%)
Total	28 (100%)
<b>Edad</b>	
Media	25, 43
Moda	23
Mínimo	22
Máximo	60
<b>Estado sociolaboral</b>	
Estudiante	19 (67,9%)
Empleado	3 (10,7%)
Ambas	3 (10,7%)
Otro (Desempleado)	3 (10,7%)
Prefiero no contestar a esta pregunta	-
Total	28 (100%)
<b>Estudios rama de Ciencias de la Salud</b>	
Sí	8 (28,6%)
No	20 (71,4%)
Total	28 (100%)
<b>Diagnóstico personal</b>	
Sí	8 (28,6%)
No	20 (71,4%)
Prefiero no contestar a esta pregunta	-
Total	28 (100%)
<b>Diagnóstico familiar/conocido/amigo</b>	
Sí	22 (78,6%)
No	6 (21,4%)
Prefiero no contestar a esta pregunta	-
Total	28 (100%)

ANEXO 7. Datos estadísticos de la variable identificación

**Película 1. Marca la casilla que mejor se ajuste a la identificación con el personaje.**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Empatía Emocional	No	7	25,0	25,0
	No lo sé	2	7,1	32,1
	Sí	19	67,9	100,0
	Total	28	100,0	
Empatía Cognitiva	No	9	32,1	32,1
	No lo sé	2	7,1	39,3
	Sí	17	60,7	100,0
	Total	28	100,0	
Absorción en el relato	No	15	53,6	53,6
	No lo sé	3	10,7	64,3
	Sí	10	35,7	100,0
	Total	28	100,0	
Atracción personal hacia el personaje	No	16	57,1	57,1
	No lo sé	4	14,3	71,4
	Sí	8	28,6	100,0
	Total	28	100,0	

El impacto del cine en la estigmatización de los trastornos mentales

**Película 2. Marca la casilla que mejor se ajuste a la identificación con el personaje.**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Empatía Emocional	No	2	7,1	7,1	7,1
	No lo sé	7	25,0	25,0	32,1
	Sí	2	7,1	7,1	39,3
	Total	17	60,7	60,7	100,0
Empatía Cognitiva	No	2	7,1	7,1	7,1
	No lo sé	8	28,6	28,6	35,7
	Sí	2	7,1	7,1	42,9
	Total	16	57,1	57,1	100,0
Absorción en el relato	No	2	7,1	7,1	7,1
	No lo sé	15	53,6	53,6	60,7
	Sí	1	3,6	3,6	64,3
	Total	10	35,7	35,7	100,0
Atracción personal hacia el personaje	No	2	7,1	7,1	7,1
	No lo sé	15	53,6	53,6	60,7
	Sí	3	10,7	10,7	71,4
	Total	8	28,6	28,6	100,0
Total		28	100,0	100,0	

El impacto del cine en la estigmatización de los trastornos mentales

**Película 3. Marca la casilla que mejor se ajuste a la identificación con el personaje.**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Empatía Emocional	No	10	35,7	35,7	35,7
		3	10,7	10,7	46,4
	Sí	15	53,6	53,6	100,0
	Total	28	100,0	100,0	
Empatía Cognitiva	No	10	35,7	35,7	35,7
		5	17,9	17,9	53,6
	No lo sé	1	3,6	3,6	57,1
	Sí	12	42,9	42,9	100,0
Total	28	100,0	100,0		
Absorción en el relato	No	10	35,7	35,7	35,7
		8	28,6	28,6	64,3
	No lo sé	2	7,1	7,1	71,4
	Sí	8	28,6	28,6	100,0
Total	28	100,0	100,0		
Atracción personal hacia el personaje	No	10	35,7	35,7	35,7
		10	35,7	35,7	71,4
	No lo sé	2	7,1	7,1	78,6
	Sí	5	17,9	17,9	96,4
Total	1	3,6	3,6	100,0	

**Película 4. Marca la casilla que mejor se ajuste a la identificación con el personaje.**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Empatía Emocional		18	64,3	64,3	64,3
	No	2	7,1	7,1	71,4
	No lo sé	1	3,6	3,6	75,0
	Sí	7	25,0	25,0	100,0
	Total	28	100,0	100,0	
Empatía Cognitiva		18	64,3	64,3	64,3
	No	3	10,7	10,7	75,0
	No lo sé	1	3,6	3,6	78,6
	Sí	6	21,4	21,4	100,0
	Total	28	100,0	100,0	
Absorción en el relato		18	64,3	64,3	64,3
	No	2	7,1	7,1	71,4
	No lo sé	1	3,6	3,6	75,0
	Sí	7	25,0	25,0	100,0
	Total	28	100,0	100,0	
Atracción personal hacia el personaje		18	64,3	64,3	64,3
	No	5	17,9	17,9	82,1
	Sí	5	17,9	17,9	100,0
	Total	28	100,0	100,0	

ANEXO 8.

Análisis de varianza univariante			N	Media	F	Sig.	R <sup>2</sup> *
Película 1	Diag. Participante	Sí	8	,088	,017	,898	-,067
		No	20				
	Diag. Conocido	Sí	22	,023	,064	,803	
		No	6				
D. Conocido*D. Participante		28	1,104	,799	,380		
Película 2	Diag. Participante	Sí	8	,178	,094	,762	0,30
		No	18				
	Diag. Conocido	Sí	22	4,128	2,187	,153	
		No	4				
D. Conocido*D. Participante		26	,919	,487	,493		
Película 3	Diag. Participante	Sí	5	5,762	6,368	0,24*	,301
		No	13				
	Diag. Conocido	Sí	16	1,190	1,316	,271	
		No	2				
D. Conocido*D. Participante		18	8,048	8,895	,010*		
Película 4	Diag. Participante	Sí	2	1,662	2,909	,139	,388
		No	8				
	Diag. Conocido	Sí	8	4,390	7,682	,032	
		No	2				
D. Conocido*D. Participante		10		,026	,838		

\*p<0,05. Elaboración propia a partir de los datos obtenidos en SPSS.

Estimaciones: Variable dependiente: Película 3: Del 1 al 5. ¿Qué tan identificado te sentiste con el personaje de la película que has escogido?

¿Está usted diagnosticado de algún trastorno psicológico o psiquiátrico?	Media	Error típ.	Intervalo de confianza 95%	
			Límite inferior	Límite superior
No	1,667	,495	,605	2,728
Sí	3,500	,532	2,360	4,640

Contrastes univariados: Variable dependiente: Película 3: Del 1 al 5. ¿Qué tan identificado te sentiste con el personaje de la película que has escogido?

El impacto del cine en la estigmatización de los trastornos mentales

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.	Eta al cuadrado parcial
Contraste	5,762	1	5,762	6,368	,024	,313
Error	12,667	14	,905			

¿Algún familiar, conocido y/o amigo está diagnosticado de algún trastorno psicológico o psiquiátrico?	¿Está usted diagnosticado de algún trastorno psicológico o psiquiátrico?	Media	Error típ.	Intervalo de confianza 95%
				Límite inferior
No	No	1,000	,951	-1,040
	Sí	5,000	,951	2,960
Sí	No	2,333	,275	1,744
	Sí	2,000	,476	,980

Interacción: ¿Algún familiar, conocido y/o amigo está diagnosticado de algún trastorno psicológico o psiquiátrico? \* ¿Está usted diagnosticado de algún trastorno psicológico o psiquiátrico?

Variable dependiente: Película 3: Del 1 al 5. ¿Qué tan identificado te sentiste con el personaje de la película que has escogido?

¿Algún familiar, conocido y/o amigo está diagnosticado de algún trastorno psicológico o psiquiátrico?	Media	Error típ.	Intervalo de confianza 95%	
			Límite inferior	Límite superior
No	1,500	,535	,192	2,808
Sí	3,357	,404	2,368	4,346

Estimaciones: Variable dependiente: Película 4: Del 1 al 5. ¿Qué tan identificado te sentiste con el personaje de la película que has escogido?

ANEXO 9. Estadísticos descriptivos CAMI

Autoritarismo (X=28)					
	Media	Moda	Desv. Típ.	Mínimo	Máximo
1	3,96	5	1,170	1	5
5	2,11	1	1,166	1	5
9	4,21	5	,957	2	5
13	2,79	3	1,449	1	5
17	4,04	5	1,105	1	5
21	1,07	1	,262	1	2
25	4,93	5	,262	4	5
29	2,79	3	1,067	1	5
33	4,75	5	,585	3	5
37	1,21	1	,499	1	3

Benevolencia (X=28)					
	Media	Moda	Desv. Típ.	Mínimo	Máximo
2	1,36	1	,621	1	3
6	4,46	5	,793	2	5
10	1,14	1	,448	1	3
14	4,96	5	,189	4	5
18	1,25	1	,585	1	3
22	4,54	5	,744	3	5
26	2,43	1	1,345	1	2
30	5,00	5	,000	5	5
34	1,25	1	,441	1	5
38	4,79	5	,568	3	5

Restricción Social (X=28)					
	Media	Moda	Desv. Típ.	Mínimo	Máximo
3	4,64	5	,780	2	5
7	2,32	3	1,124	1	5
11	4,89	5	,315	4	5
15	1,36	1	,951	1	5
19	4,54	5	,793	2	5
23	2,29	2	,713	1	3
27	4,82	5	,476	3	5
31	1,39	1	,994	1	5
35	4,50	5	,793	2	5
39	2,43	3	1,136	1	5

Ideología de salud mental en la comunidad (X=28)					
	Media	Moda	Desv. Típ.	Mínimo	Máximo
4	2,04	2	,881	1	4
8	4,75	5	,585	3	5
12	1,36	1	,678	1	3
16	4,32	5	,863	2	5
20	1,43	1	,742	1	3
24	4,25	5	,887	2	5
28	1,68	1	1,124	1	5
32	4,57	5	,742	2	5
36	1,50	1	,882	1	4
40	4,54	5	,838	2	5

ANEXO 10. Factor Autoritarismo

Autoritarismo		N	Media	F	Sig.	
1	Diag. Participante	Sí	8	1,038	,720	,404
		No	20			
	Diag. Conocido	Sí	22	1,243	,863	,362
		No	6			
D. Conocido*D. Participante		28	,108	,075	,786	
5	Diag. Participante	Sí	8	,881	,611	,442
		No	20			
	Diag. Conocido	Sí	22	,557	,386	,540
		No	6			
D. Conocido*D. Participante		28	2,016	1,397	,249	
9	Diag. Participante	Sí	8	,136	,175	,679
		No	20			
	Diag. Conocido	Sí	22	4,417	5,685	,025*
		No	6			
D. Conocido*D. Participante		28	,093	,120	,732	
13	Diag. Participante	Sí	8	,521	,279	,602
		No	20			
	Diag. Conocido	Sí	22	7,008	3,749	,065
		No	6			
D. Conocido*D. Participante		28	7,008	3,749	,065	
17	Diag. Participante	Sí	8	1,882	1,500	,233
		No	20			
	Diag. Conocido	Sí	22	,422	,336	,567
		No	6			
D. Conocido*D. Participante		28	,098	,078	,782	
21	Diag. Participante	Sí	8	,002	0,34	,856
		No	20			
	Diag. Conocido	Sí	22	,002	0,34	,856
		No	6			
D. Conocido*D. Participante		28	,083	1,208	,283	
25	Diag. Participante	Sí	8	,050	,699	,412
		No	20			
	Diag. Conocido	Sí	22	,013	,175	,680
		No	6			
D. Conocido*D. Participante		28	,013	,175	,680	
29	Diag. Participante	Sí	8	,545	,439	,514
		No	20			
	Diag. Conocido	Sí	22	,247	,199	,659
		No	6			
D. Conocido*D. Participante		28	,896	,722	,404	
33	Diag. Participante	Sí	8	,382	1,073	,311
		No	20			
	Diag. Conocido	Sí	22	,003	,009	,926
		No	6			
D. Conocido*D. Participante		28	,003	,009	,926	
37	Diag. Participante	Sí	8	,298	1,637	,213
		No	20			
	Diag. Conocido	Sí	22	,433	2,381	,136
		No	6			
D. Conocido*D. Participante		28	,298	1,637	,213	

\*  $p < .0,005$ . Elaboración propia a partir de los datos obtenidos en SPSS.

**Estadísticos descriptivos**

Variable dependiente: 9. Las personas con trastornos mentales tienen algo que las hace fácil distinguirlas de las personas normales.

¿Algún familiar, conocido y/o amigo está diagnosticado de algún trastorno psicológico o psiquiátrico?	Media	Desviación típica	N
No	3,33	1,033	6
Sí	4,45	,800	22
Total	4,21	,957	28

**Contrastes univariados**

Variable dependiente: 9. Las personas con trastornos mentales tienen algo que las hace fácil distinguirlas de las personas normales.

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.	Eta al cuadrado parcial
Contraste	5,926	1	5,926	8,201	,008	,240
Error	18,788	26	,723			

ANEXO 11. Factor Benevolencia

Benevolencia			N	Media	F	Sig.
2	Diag. Participante	Sí	8	,066	,154	,698
		No	20			
	Diag. Conocido	Sí	22	0,93	,218	,645
		No	6			
D. Conocido*D. Participante			28	,174	,408	,529
6	Diag. Participante	Sí	8	2,447	6,081	,021*
		No	20			
	Diag. Conocido	Sí	22	,793	1,970	,173
		No	6			
D. Conocido*D. Participante			28	1,279	3,179	,087
10	Diag. Participante	Sí	8	,037	,197	,661
		No	20			
	Diag. Conocido	Sí	22	,037	,197	,661
		No	6			
D. Conocido*D. Participante			28	,280	1,490	,234
14	Diag. Participante	Sí	8	,014	,405	,530
		No	20			
	Diag. Conocido	Sí	22	,014	,405	,530
		No	6			
D. Conocido*D. Participante			28	,014	,405	,530
18	Diag. Participante	Sí	8	,239	,802	,370
		No	20			
	Diag. Conocido	Sí	22	,142	,476	,497
		No	6			
D. Conocido*D. Participante			28	,737	2,469	,129
22	Diag. Participante	Sí	8	,224	,473	,498
		No	20			
	Diag. Conocido	Sí	22	,062	,101	,753
		No	6			
D. Conocido*D. Participante			28	,224	,367	,550
26	Diag. Participante	Sí	8	3,171	1,690	,206
		No	20			
	Diag. Conocido	Sí	22	,334	,178	,677
		No	6			
D. Conocido*D. Participante			28	2,523	1,345	,258
30	Diag. Participante	Sí	8	,000	-	-
		No	20			
	Diag. Conocido	Sí	22	,000	-	-
		No	6			
D. Conocido*D. Participante			28	,000	-	-
34	Diag. Participante	Sí	8	,306	1,650	,211
		No	20			
	Diag. Conocido	Sí	22	,047	,253	,620
		No	6			
D. Conocido*D. Participante			28	,209	1,126	,299
38	Diag. Participante	Sí	8	,618	2,270	,145
		No	20			
	Diag. Conocido	Sí	22	,315	1,158	,293
		No	6			
D. Conocido*D. Participante			28	,315	1,158	,293

\* p<0,05

El impacto del cine en la estigmatización de los trastornos mentales

**Estimaciones**

Variable dependiente: 6. Las personas con trastornos mentales representan una carga para la sociedad.

¿Está usted diagnosticado de algún trastorno psicológico o psiquiátrico?	Media	Error típ.	Intervalo de confianza 95%	
			Límite inferior	Límite superior
No	4,000	,164	3,662	4,338
Sí	4,929	,339	4,229	5,628

**Contrastes univariados**

Variable dependiente: 6. Las personas con trastornos mentales representan una carga para la sociedad.

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.	Eta al cuadrado parcial
Contraste	2,447	1	2,447	6,081	,021	,202
Error	9,657	24	,402			

## ANEXO 12. Factor Restricción Social

Restricción Social			N	Media	F	Sig.
3	Diag. Participante	Sí	8	,696	1,114	,302
		No	20			
	Diag. Conocido	Sí	22	,074	,119	,733
		No	6			
D. Conocido*D. Participante			28	,264	,422	,522
7	Diag. Participante	Sí	8	,737	,582	,453
		No	20			
	Diag. Conocido	Sí	22	1,104	,873	,359
		No	6			
D. Conocido*D. Participante			28	3,375	2,667	,115
11	Diag. Participante	Sí	8	,079	,747	,396
		No	20			
	Diag. Conocido	Sí	22	,003	,030	,864
		No	6			
D. Conocido*D. Participante			28	,003	,030	,864
15	Diag. Participante	Sí	8	,103	,109	,745
		No	20			
	Diag. Conocido	Sí	22	,779	,821	,374
		No	6			
D. Conocido*D. Participante			28	,103	,109	,745
19	Diag. Participante	Sí	8	,765	1,364	,254
		No	20			
	Diag. Conocido	Sí	22	,181	,323	,575
		No	6			
D. Conocido*D. Participante			28	1,316	2,348	,138
23	Diag. Participante	Sí	8	,038	,021	,848
		No	20			
	Diag. Conocido	Sí	22	,037	,067	,798
		No	6			
D. Conocido*D. Participante			28	,280	,505	,484
27	Diag. Participante	Sí	8	,382	1,856	,186
		No	20			
	Diag. Conocido	Sí	22	,155	,752	,395
		No	6			
D. Conocido*D. Participante			28	,155	,752	,395
31	Diag. Participante	Sí	8	,793	,753	,394
		No	20			
	Diag. Conocido	Sí	22	,047	,045	,835
		No	6			
D. Conocido*D. Participante			28	,209	,199	,660
35	Diag. Participante	Sí	8	,352	,508	,483
		No	20			
	Diag. Conocido	Sí	22	,093	,134	,718
		No	6			
D. Conocido*D. Participante			28	,174	,251	,621
39	Diag. Participante	Sí	8	1,566	1,260	,273
		No	20			
	Diag. Conocido	Sí	22	,593	,477	,496
		No	6			
D. Conocido*D. Participante			28	4,485	3,609	,070

## ANEXO 13. Factor Ideología en Salud Mental en la Comunidad

Ideología en salud mental			N	Media	F	Sig.
4	Diag. Participante	Sí	8	,181	,233	,634
		No	20			
	Diag. Conocido	Sí	22	1,316	1,694	,205
		No	6			
D. Conocido*D. Participante			28	1,586	2,041	,166
8	Diag. Participante	Sí	8	,443	1,440	,242
		No	20			
	Diag. Conocido	Sí	22	,195	,632	,434
		No	6			
D. Conocido*D. Participante			28	,465	1,510	,231
12	Diag. Participante	Sí	8	,037	,079	,782
		No	20			
	Diag. Conocido	Sí	22	,021	,044	,835
		No	6			
D. Conocido*D. Participante			28	,699	1,420	,245
16	Diag. Participante	Sí	8	,851	1,072	,311
		No	20			
	Diag. Conocido	Sí	22	,040	,051	,824
		No	6			
D. Conocido*D. Participante			28	,581	,732	,401
20	Diag. Participante	Sí	8	,989	2,127	,158
		No	20			
	Diag. Conocido	Sí	22	,298	,640	,432
		No	6			
D. Conocido*D. Participante			28	1,054	2,267	,145
24	Diag. Participante	Sí	8	2,600	3,664	,068
		No	20			
	Diag. Conocido	Sí	22	,070	,099	,756
		No	6			
D. Conocido*D. Participante			28	,557	,784	,385
28	Diag. Participante	Sí	8	1,752	1,378	,252
		No	20			
	Diag. Conocido	Sí	22	0,98	,077	,784
		No	6			
D. Conocido*D. Participante			28	1,071	,842	,368
32	Diag. Participante	Sí	8	1,372	2,995	,096
		No	20			
	Diag. Conocido	Sí	22	,372	,812	,377
		No	6			
D. Conocido*D. Participante			28	,723	1,579	,221
36	Diag. Participante	Sí	8	,866	1,164	,291
		No	20			
	Diag. Conocido	Sí	22	,136	,183	,673
		No	6			
D. Conocido*D. Participante			28	1,190	1,601	,218
40	Diag. Participante	Sí	8	1,353	2,394	,135
		No	20			
	Diag. Conocido	Sí	22	1,429	,902	,352
		No	6			
D. Conocido*D. Participante			28	,510	2,528	,125

ANEXO 14. Resumen películas (FILMAFFINITY)

Película	Director	Año	Género	Resumen
Múltiple	M. Night Shyamalan	2016	Suspense/Terror	<p>“A pesar de que Kevin (James McAvoy) le ha demostrado a su psiquiatra de confianza, la Dra. Fletcher (Betty Buckley), que posee 23 personalidades diferentes, aún queda una por emerger, decidida a dominar a todas las demás. Obligado a raptar a tres chicas adolescentes encabezadas por la decidida y observadora Casey (Anya Taylor-Joy), Kevin lucha por sobrevivir contra todas sus personalidades y la gente que le rodea, a medida que las paredes de sus compartimentos mentales se derrumban”. (FILMAFFINITY)</p>
Una mente maravillosa	Ron Howard	2001	Drama/Biográfico	<p>“Obsesionado con la búsqueda de una idea matemática original, el brillante estudiante John Forbes Nash (Russell Crowe) llega a Princeton en 1947 para realizar sus estudios de postgrado. Es un muchacho extraño y solitario, al que sólo comprende su compañero de cuarto (Paul Bettany). Por fin, Nash esboza una revolucionaria teoría y consigue una plaza de profesor en el MIT. Alicia Lardé (Jennifer Connelly), una de sus alumnas, lo deja fascinado al mostrarle que las leyes del amor están por encima de las de las matemáticas. Gracias a su prodigiosa habilidad para descifrar códigos es reclutado por Parcher William (Ed Harris), del departamento de Defensa, para ayudar a los Estados Unidos en la Guerra Fría contra la Unión Soviética”. (FILMAFFINITY)</p>
Joker	Todd Phillips	2019	Drama/Suspense/Crimen/ Thriller psicológico	<p>“Arthur Fleck (Phoenix) vive en Gotham con su madre, y su única motivación en la vida es hacer reír a la gente. Actúa haciendo de payaso en pequeños trabajos, pero tiene problemas mentales que hacen que la gente le vea como un bicho raro. Su gran sueño es actuar como cómico delante del público, pero una serie de trágicos acontecimientos le hará ir incrementando su ira contra una sociedad que le</p>

				<i>ignora</i> ". (FILMAFFINITY)
--	--	--	--	---------------------------------

ANEXO 15.

Nombre	Organizador	Objetivo	Web
Au Contraire Film Festival (Canada)	Paradis Urbain	"Erradicar el estigma y disipar los mitos que rodean a los trastornos mentales".	<a href="https://www.acff.ca/">https://www.acff.ca/</a>
Brain Film Fest 2021 (España)	Fundación Pasqual Maragall en colaboración con la Fundación Uszheimer y la productora Minimal Films	"Los últimos meses han supuesto un golpe directo a la salud de la población de manera individual, colectiva y global, pero a medida que remitan los síntomas de la pandemia vírica, la sociedad se enfrentará a las secuelas psíquicas del trauma. Por ello, a través de películas, post-screenings, y mesas redondas, esta cuarta edición del festival de cine internacional dedicado al cerebro abrirá una reflexión sobre la importancia y los retos de la salud mental".	<a href="https://www.qmayor.com/ocio/cine/salud-mental-2/">https://www.qmayor.com/ocio/cine/salud-mental-2/</a>
Ciclo de cine y Salud Mental (España)	AGIFES	"Analizar y debatir sobre diversos aspectos relacionados con la salud mental".	<a href="https://www.agifes.org">https://www.agifes.org</a>
Cine y Salud Mental (España)	ASACASAM	"Contribuir a la eliminación del estigma que hay en torno a las personas con problemas de salud mental".	<a href="https://www.ascasam.org">https://www.ascasam.org</a>
Cine Mental/ Festival de Cortos y Salud Mental (España)	ASAENES	"Luchar contra el estigma preconcebido hacia las personas con Problemas de Salud Mental, como herramienta de sensibilización, de concienciación sobre este colectivo y de comunicación, demostrando la eficacia sensibilizadora del cine".	<a href="https://asaenes.org/festival-de-cortos-y-salud-mental/">https://asaenes.org/festival-de-cortos-y-salud-mental/</a>
"Docu-MENTAL" (Rusia)	The Union for Mental Health	Sensibilizar al espectador y favorecer la inclusión en la sociedad de las personas con trastornos mentales y necesidades especiales en salud mental.	<a href="http://www.mental-health-congress.ru/en/page/documental_film/">http://www.mental-health-congress.ru/en/page/documental_film/</a>
Festival de Cine "Salud para Todos"	OMS	"Tras comprobar la gran calidad de los trabajos cinematográficos con temática relacionada con la salud mental, consideramos un activo crear un evento donde sea posible proyectar estas películas".	<a href="https://www.who.int/es/initiatives/the-health-for-all-film-festival">https://www.who.int/es/initiatives/the-health-for-all-film-festival</a>

El impacto del cine en la estigmatización de los trastornos mentales

International Film Festival for Mental Health (Portugal)	FICSAM	“Difundir los trabajos cinematográficos que incluyan temas de salud mental, divulgar información y contribuir así a sensibilizar al público en general sobre estos temas y promover la inclusión de las personas con trastorno mental”.	<a href="https://www.ficsam.com/">https://www.ficsam.com/</a>  <a href="https://festagent.com/en/festivals/mental-health">https://festagent.com/en/festivals/mental-health</a>
MENTAL - Festival of Mental Health, Cinema, Arts, and Information (Portugal)	Ana Pinto Coelho y João Gata	“Se invita a los artistas a presentar sus obras audiovisuales que exploren un tema sobre el vasto mundo de la Salud Mental”.	<a href="https://filmfreeway.com/MentalArtsandFilmFestival">https://filmfreeway.com/MentalArtsandFilmFestival</a>
Mental Filmness (USA)	Sharon Gissy	“Destacar las obras que muestran una representación realista de las enfermedades mentales. El festival se dedica a romper el estigma que rodea a las enfermedades mentales, compartiendo historias y fomentando la empatía hacia quienes viven con estas condiciones psiquiátricas crónicas. Nos interesa especialmente desafiar los estereotipos, mostrar diferentes perspectivas de las enfermedades mentales e informar e ilustrar al público en general sobre la salud mental”.	<a href="https://filmfreeway.com/MentalFilmness">https://filmfreeway.com/MentalFilmness</a>
Mental Health Film Festival (USA)	Horizon Foundation	“Crear conciencia y compasión por los miembros de nuestra comunidad que se enfrentan a problemas de salud mental”.	<a href="https://www.thehorizonfoundation.org/portfolio/mental-health-film-festival/">https://www.thehorizonfoundation.org/portfolio/mental-health-film-festival/</a>
Changing Minds Young Filmmaker Festival (USA)	Community Access	“Una iniciativa única de narración que ayuda a los jóvenes (de 15 a 25 años) a compartir sus historias sobre salud mental con otros jóvenes, de manera que puedan suscitar una conversación significativa y provocar un cambio real”.	<a href="https://www.mentalhealthfilmfest.nyc/">https://www.mentalhealthfilmfest.nyc/</a>
Scottish Mental Health Arts Festival (Reino Unido)	Mental Health Foundation	“Apoyar las artes y desafiar las ideas preconcebidas sobre la salud mental”.	<a href="https://www.mhfestival.com/">https://www.mhfestival.com/</a>
Singapore Mental Health Film Festival (Singapur)	Equipo de SMHFF: <a href="https://smhff.com/team">https://smhff.com/team</a>	“Facilitar debates abiertos sobre la salud mental y animar a las personas a cuidar de nuestra salud mental, y también de la de nuestros seres queridos”.	<a href="https://smhff.com/">https://smhff.com/</a>