

YOU'RE NOT ALONE  
WE'RE MISUNDERSTOOD

Georgiana-Madalina Vladoiu

YOU'RE NOT ALONE  
WE'RE MISUNDERSTOOD

**Georgiana-Madalina Vladoiu  
NIUB:18053232**

**Tutor: Miquel Wert Jirheden**

**Curso académico 2019/2020  
Trabajo Final de Grado  
Grado de Bellas Artes**

## AGRADECIMIENTOS

A mis padres, por aprender a convivir con mi humor negro y entender que necesitaba ayuda profesional.

A Xènia, Nayu, Ann y Marta, por el apoyo emocional y por crecer conmigo en un ambiente hostil.

A mi psicóloga y psiquiatra, por proporcionarme medios para seguir adelante.

Y sobretodo a Miquel Wert, mi tutor, por su paciencia, increíble implicación, guía y atención.

## **Abstract**

Los trastornos mentales son un misterio para aquellos que son tan afortunados de no padecer ninguno. Son tan afortunados que gran parte de ellos se toman la libertad de representar estos diagnósticos erróneamente y haciendo un uso astronómico de estereotipos y dramatizaciones, que acaban estigmatizando a todos aquellos que viven con un trastorno mental. La depresión y la ansiedad son uno de los trastornos más comunes que hay, sin embargo son complejos y cuesta comprender que son algo más que “estar triste” o “tener nervios”.

Con el uso de recursos visuales se busca representar como una persona que padece ambos diagnósticos vive con ellos en su día a día, las dificultades que comporta tenerlos y a su vez mostrar las diferentes facetas de esa convivencia.

**Palabras clave:** Depresión, ansiedad, trastornos, salud mental, experiencia.

## **Statement**

Mental disorders are a mystery for many that are fortunate enough to not experience them. They are so fortunate that many of them take the liberty to represent these diagnosis mistakenly using an astronomical amount of stereotypes and dramatizations, that end up stigmatizing all of those who live with mental disorders.

Depression and anxiety are some of the most common mental disorders, nevertheless they are complex and it's hard to comprehend that they are more than just “feeling sad” or “being nervous”.

Using visual resources, its aim is to represent how a person that has both diagnosis lives with them day by day, showing many facets and difficulties that are involved in having them.

**Key words:** Depression, anxiety, disorders, mental health, experience.



# **Índice**

Introducción .....	pág. 8
Concepto y objetivo .....	pág.10
Antecedentes .....	pág.11
Representación de los trastornos mentales en animación .....	pág.13
Definiciones clínicas .....	pág.19
Metodología .....	pág.28
Obra .....	pág.38
Referentes .....	pág.39
Conclusiones .....	pág.42
Bibliografía .....	pág.44



# Introducción

Esta introducción es importante porque es el núcleo de gran parte de mi trabajo actual. La aceptación de mis raíces, así como el análisis de mi trayectoria familiar y personal (que compartiré en esta introducción) moldearon mi persona y son la clave de mi ser. Del mismo modo estos aspectos definieron la manera en la que me relaciono con el mundo. A nivel psicológico, detrás de esta introducción hay factores y hechos traumatizantes que pueden explicar y justificar la presencia de algunos trastornos mentales.

Si me tuviera que describir con una palabra, diría que soy como un camaleón. Nadie podría adivinar a primera vista que soy extranjera, de no ser que miraran mi nombre o apellido, ya que carezco de acentos y lo único que tengo es un ligero tartamudeo a la hora de hablar.

A riesgo de extenderme, haré un intento de resumir mi trayectoria vital desde el 2007. Fue entonces cuando mi familia decidió marcharse de Rumanía y venir hacia España. Según mi memoria, que se deteriora lentamente, nunca fue una decisión definitiva sino más bien una posibilidad en caso de que me adaptara en el colegio y al nuevo ambiente.

Sin pretender ser arrogante, logré aprender tanto el español como el catalán en cuestión de tres o cuatro meses, y eso decretó mi estancia permanente en el país. Nadie podría prever lo que ocurriría, en un futuro cercano, conmigo y mi personalidad. Los niños durante la educación primaria pueden ser muy groseros y aún no son capaces de entender que sus palabras y acciones tienen consecuencias. En mi caso personal,

algunos de estos primeros contactos en el ámbito escolar dejaron huella y condicionaron de manera determinante mi personalidad y futuro cercano.

Fue con el desarraigo que empecé a mostrar señales de depresión. Años más tarde, hacia el 2015, acudí a mi primera cita con una psicóloga, porque pasaba poco tiempo fuera de casa. Ésta me diagnosticó con agorafobia. A la quinta sesión sentí que no se trataba de eso y que los ejercicios que me proponía no funcionaban. Dejé de acudir. Durante todo este tiempo estaba segura de que tenía depresión, quizás no depresión como tal, pero sí distimia.

A lo largo de mi carrera universitaria todos los síntomas se agravaron, y no fue nada fácil seguir adelante y dar lo mejor para conseguir notas decentes. En todos los proyectos que nos daban la opción de escoger el tema, intenté usarlos como arte-terapia y expulsar todos los pensamientos que me daban vueltas en la cabeza. Estaba hablando de temas personales, pero a la vez me distanciaba lo suficientemente de aquello que creaba para no tomar las críticas como ataques personales. Era una parte de mí, pero a la vez no.

A mitad de la carrera, me hicieron cuestionarme como artista y porqué estaba estudiando Bellas Artes. Pero no a través de propuestas o dudas, sino bajo enunciaciones tipo "Si no sabes investigar, buscar referentes y entenderlos, ¿qué haces aquí?. Hubiera preferido un trato más humano y con más tacto por parte de ciertos profesores. Apenas acabar el año me planteé dejar la carrera, por el hecho de recibir bastantes críticas por presentar un estilo más ilustrativo que pictórico. Eso se reflejaba bastante en las notas y mi actitud hacia la materia. A pesar de no encontrar un

apoyo unánime en el uso de un estilo figurativo-ilustrativo durante el paso por la Facultad, mi intención no es desmotivar a posibles ilustradores a cursar esta carrera.

Mi grado me enseñó a reconocer los desencadenantes de mi malestar y en la medida de lo posible procuré evitar estas situaciones. Las materias que más ansiedad me producían eran y siguen siendo las de carácter teórico, y no acudí a una optativa de tercero a propósito para evitar disgustos durante el semestre. Por norma general necesitas tener aprobadas todas las materias, tanto optativas como obligatorias desde primero a tercero de carrera para ejercer derecho a matrícula en el Trabajo de Fin de Grado. Esto me obligó a hacer un curso extracurricular para compensar la falta de créditos. Cursé unas clases de preparación del Advanced de Cambridge y fue entonces cuando me dio el peor ataque de pánico hasta el momento.

A pesar de mi alto dominio y seguridad con el uso del inglés, viví episodios de falta de aire, sudores fríos y alteración en el pulso al enfrentarme a una simple redacción, algo que sobre el papel debía ser fácil dado que ese idioma es como una segunda lengua para mí. Mis padres opinaron que no era para tanto, hasta que le pedí a mi madre que me tomara el pulso y se llevó el susto de su vida. En un abrir y cerrar de ojos me encontraba en el despacho de una psiquiatra privada que me puso bajo medicación al instante y me aconsejó ver a una psicóloga, porque según el resumen que le hice de mi vida ella pensó que era fundamental hacer terapia. Ambas opinan hasta el día de hoy, 21 de marzo del 2020 que tengo distimia y ansiedad generalizada.

Se preguntará porque conté media vida como introducción a este trabajo. Bien, es porque tener distimia y ansiedad al mismo

tiempo es agotante. Es estar en un malestar constante. No tener la motivación para apenas levantarse de la cama pero sentirse extremadamente culpable por no lidiar con tus obligaciones. Por eso a primera vista el mundo deduce que no pasa nada, que todo está bien. Obviamente que hay un momento que aprendes a interiorizar todo que nadie se da cuenta, pero nunca hay que asumir nada sobre nadie.

## **Concepto y objetivo**

La salud mental y los trastornos mentales siempre se trataron como un tabú o algo de lo cual sentirse avergonzado, y muchos prefieren no revelar algo tan personal como eso. Quise centrarme en este marco psicológico y llevarlo al artístico, plástico, porque se trata de una imposición que trato a diario y desearía compartir aquello que pueden sentir los que padecen un trastorno mental con el público general. Desde mi punto de vista, veo mi diagnóstico como algo que forma parte de mí pero que no me define. Me resulta difícil encontrar las palabras adecuadas para definir qué es para mí este trastorno, pero si tuviera que relacionarlo con algo para simplificar esta definición, diría que es como una sombra. Dependiendo del día su presencia es más pronunciada. Otros, apenas es percibida.

Habitualmente uso mis propias experiencias a la hora de crear una obra artística, haciendo uso de humor negro cada vez que se me dé la oportunidad, pero tratando un tema tan común y delicado como éste, que está en auge entre los de mi generación, me propusieron enmarcar mi trabajo de tal modo que llegara a un público más extenso. Dar una voz de lo que podría ser perfectamente su caso o el de alguien cercano a usted.

Soy perfectamente consciente de cómo me relaciono y controlo, o me controla, mi trastorno, pero cada persona es un mundo y todos tenemos unos síntomas y unas relaciones muy distintas con nuestros diagnósticos. Mis conocimientos sobre psicología son muy básicos, y al no querer representar algo que no haya experimentado nunca, decidí intentar buscar testimonios que quisieran compartir un aspecto muy íntimo de sus vidas. De este modo, quienes se ofrecieran como voluntarios podrían contarme algunas experiencias y así evitaria hacer uso de algún estereotipo. Quisiera crear un diálogo más casual, más normalizado sobre el tema, ya que solemos tener una imagen bastante estigmatizada y pautada de aquello que se consideraría un sujeto con un trastorno mental o errores cognitivos.

En primera instancia quise animar los trípticos que mencionaré en los antecedentes pero añadiendo más protagonistas, para que dejara de ser un proyecto autobiográfico. Posteriormente pensé en alternativas que tuvieran más sentido narrativo como animación, posiblemente crear una historia que transcurre durante un día, integrando personajes que representaran las experiencias que me contaron a raíz de un llamamiento que hice vías redes sociales.

Mi intención es intentar desmentir los estereotipos y exponer que hay más detrás de la palabra trastorno mental. Hay batallas internas, estrategias de enfrentamiento cuando estamos sufriendo un episodio y momentos en los cuales simplemente no podemos triunfar. Me gustaría hacer saber que aún y caer bajo un umbral tan general como un diagnóstico, cada uno tiene una experiencia diferente, sea a lo largo de su vida o simplemente unos episodios de corta duración.

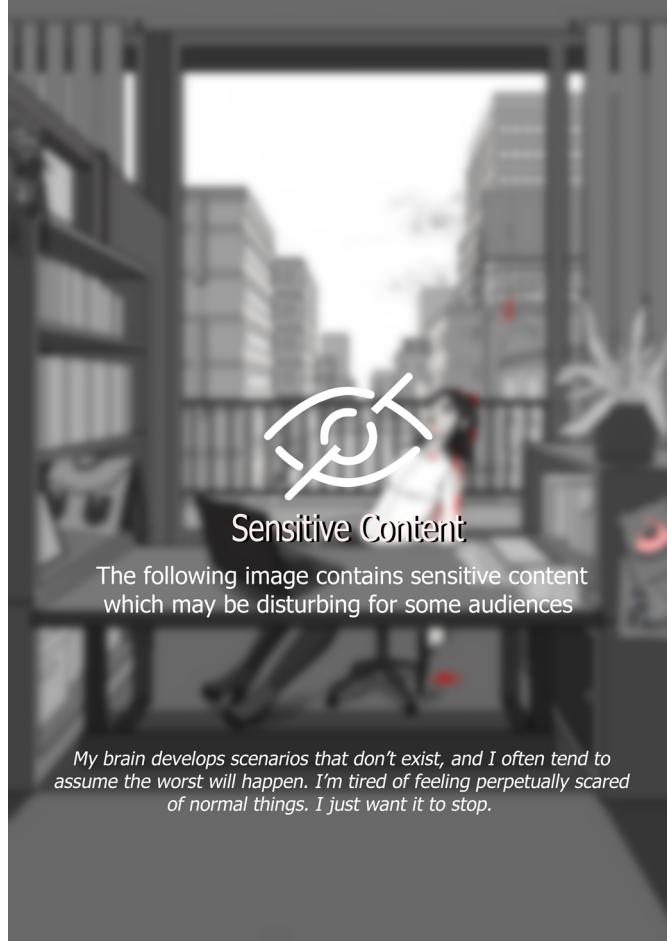
## Antecedentes

Consideraría a *You're not alone, we're misunderstood* como la secuela de *Nothing is what it seems*, un trabajo que hice en el Taller de Creación III. *Nothing is what it seems* trataba una serie de cinco trípticos que mostraban una serie de pensamientos intrusivos recurrentes. El título que le puse al proyecto se debe al hecho de que soy una persona de alto rendimiento, es decir, que puedo mantener una vida más o menos normal pero que hay días que me cuesta mucho más. Por fuera puedo aparentar estar bien o que nada me esté pasando, pero la realidad es que por dentro me estoy derrumbando bajo la presión externa. Por lo tanto, nada es lo que parece. Nunca intenté autolesionarme, pero sí vocalizar aquello que siento con un toque de humor negro, resultando en un estado de incomodidad para las personas que no me conocen. Un buen ejemplo que aún resuena en mi cabeza es un día en el cual estaba extrañamente muy silenciosa y me preguntaron si quería abrazos, a lo que por impulso respondí que deseaba un chupito de cianuro. Aprendí a expresar mis pensamientos con muchísima distancia, que apenas me afecta el eco de vuelta, a reírme de mis trastornos, saber imponer mi poder sobre ellos. Saber reírse de las propias desgracias es un don que pocos comparten. Durante mi infancia recuerdo tenerles muchísimo cariño a series como la Família Addams (tanto las películas como la serie animada) o

Agallas, el perro cobarde, que para algunos sin duda alguna les resultaron traumátizantes, pero sorprendentemente no a mí. Siento que estas series entre muchas otras moldearon mi personalidad y mis gustos a lo que han llegado a ser al día de hoy. Pensando en el hecho de que cadenas de televisión permitieran la emisión de dibujos animados como esos, que hablan con tanta soltura de la muerte y el dolor, veo absolutamente normal que me haya acostumbrado a hablar de esa manera.

Volviendo a *Nothing is what it seems*, los trípticos exponen la dualidad de un individuo de alto rendimiento. En la primera ilustración hay una persona llevando a cabo una acción ordinaria en una oficina; en la tercera ilustración hay el desenlace bastante gráfico y la del medio es el desencadenante, un pensamiento intrusivo propio, censurado con el mensaje universal de que a continuación hay material gráfico que no es adecuado para todos los públicos. Este dibujo intermedio además de ser un aviso, es el paso y la opción que le doy al público de rechazar el avance o ver qué ocurre de verdad en la psique del personaje.

En la presentación de este proyecto me comentaron la posibilidad de cambiar el formato y hacer una animación, cambiando los personajes para así llegar a un público más amplio. La depresión de por sí sola es una de los trastornos más comunes y la salud mental es un tema muy presente en mi generación. Aquello que me dio un empujón para tratar un tema tan serio como este es la falta de credibilidad por parte de los que se consideran clínicamente sanos. Si no presentas síntomas obvios de que padeces un trastorno es muy difícil que la gente de tu alrededor te crean y no piensen que te quejas porque necesitas atención. Es más, lo último que nos gustaría tener es un foco de luz encima que llamara la atención cuando estemos pasando por un episodio.



### Tríptico Nr. 3

***My brain develops scenarios that don't exist, and I often tend to assume the worst will happen.  
I'm tired of feeling perpetually scared of normal things. I just want it to stop.***

(2019-2020)

Archivo digital 29.70 x 42.00cm 600dpi

## **Representación de trastornos mentales en animación**

La representación es un pilar crítico para nuestro aprendizaje desde la infancia. A partir del momento que somos capaces de procesar información, estamos siendo bombardeados por etiquetas, una gran cantidad de estereotipos y normas que aprenderemos a seguir. La realidad es que los seres humanos venimos en diferentes formas y tamaños, y usamos la representación del arte y los medios de comunicación como guías a la hora de relacionarnos con nuestro entorno. Una exposición repetitiva a unos ideales o estereotipos patentados desde hace siglos puede afectar la percepción de los sujetos expuestos.

Desde hace unos años llevamos mejor la representación diversificada, aunque muy lejos de considerarse perfecta, pero sí mucho mejor comparada con otros años. Nos acercamos a una representación mucho más

acertada y definida de la diversidad que hay en el mundo, dejando atrás estas muletas que son los estereotipos de carácter 2d.

Comenzaremos por un estudio de animación que mucha gente tiene presente en sus recuerdos y rememoran con cariño y se trata de The Walt Disney Studios. Además de las teorías de que Disney está repleto de mensajes subliminales, hay muchas referencias a trastornos mentales no verbalizados, de los que apenas puedes darte cuenta salvo en caso de tener nociones sobre este tema.

En un artículo de Andrea Lawson denominado “Mental Illness in Disney Animated Films” se hace un estudio sobre la prevalencia de la verbalización sobre los trastornos mentales. Tras una selección de 34 películas animadas por Disney donde se mencionan estos trastornos con palabras similares a loco, emprende una investigación sobre la exposición repetida de los niños a películas de animación conocidas y su aprendizaje de etiquetas y estereotipos asociados con la salud mental.

Se escogieron las películas de animación de Disney por varios motivos, pero uno de los más importantes se debe porque los largometrajes son capaces de fomentar un sentido de familiaridad e identificación con los personajes, creando una situación donde el conjunto de hechos, emociones y las posibles

lecciones pueden tener un impacto considerable en los niños, comparados con cualquier otro medio. La exposición temprana a personajes representados estereotípicamente como enfermos mentales pueden inducir de modo indirecto el miedo y la ansiedad en los jóvenes espectadores, que puede resultar en el distanciamiento social inconsciente y una posible futura discriminación hacia estos sujetos.

TWDC produjo 40 largometrajes durante los años 1937 y 2001, de estas películas ella y su equipo analizaron 34. Los criterios que siguió fueron los siguientes: información básica y esencial de la película y el protagonista; cómo se relaciona el protagonista con las enfermedades mentales, si presenta algún trastorno o si se refiere a ella verbalmente y para acabar, la salud mental representada por personajes secundarios o terciarios, para obtener los máximos datos posibles. También tendrán en cuenta una serie de frases y palabras que se refieran al tema en cuestión.

Dentro del grupo, uno de los investigadores era el codificador primario. Después de una primera categorización, otro codificador fue añadido para comentar y establecer con el codificador principal qué criterios pondrán en práctica para llevar a cabo el estudio.

Las conclusiones a las cuales llegaron es que

un total de 85% de los largometrajes contienen referencias a personajes con algún tipo de trastorno mental, y específicamente un 21% de los personajes principales mostraban algún tipo de trastorno mental. De promedio hay 4.6 referencias por película, las tres más prevalentes siendo “crazy”, “mad/madness” y “nut/nutty”. Estas referencias a menudo apartaban y especificaban el estatus de los personajes a los que se referían, así dando paso a unas connotaciones negativas y una representación precaria de los trastornos mentales.

El estudio de Andrea Lawson nos presenta unos ejemplos de esta estigmatización que comentaré a continuación.

- Belle y Mauricio, ambos están etiquetados como enfermos mentales por parte del pueblo. Llamar enfermo mental a alguien es una terminología que se usa para denigrar, insinuando que se trata de alguien inferior a otros. Mauricio más tarde acabará siendo esposado y tratado como lunático.

Los niños pueden asociar las etiquetas de enfermos mentales con personas que son tanto aterradoras como peligrosas y que deberían ser encadenadas y encerradas, llevadas lejos de la sociedad.

- Las tres hienas del Rey León, sirven como objetos de burla, miedo y diversión. Aquello que pone en evidencia la presencia de un

trastorno mental es el exagerado rodando de los ojos de las hienas, la risa histérica aguda y la esencia de Ed, el más loco de todos, que por error se muerde su propia pierna. Las hienas en la película representan la clase más baja del reino animal y además tienen que ser temidos y evitados.

Otros personajes dignos de mencionar que no aparecen en el artículo de Andrea Lawson, tanto de Disney como de otras compañías, pero que parecen presentar un trastorno mental son los siguientes:

- **El Capitán Garfio de Peter Pan (1953)**

Aunque parezca divertida su reacción al sonido de las manecillas del reloj, es muy posible que este personaje sufra de estrés postraumático. El cocodrilo parece que tenga un tipo de obsesión con el capitán y le persigue a cualquier sitio dada la oportunidad. El reloj que hay en su barriga es el desencadenante de los episodios de miedo del capitán.

- **Maléfica de Bella Durmiente (1959)**

Con este personaje se puede discutir el hecho de que padezca un trastorno de personalidad. Sus cambios de humor son muy dramáticos. Tiene miedo al abandono y cualquier tipo de crítica o trato injusto desatan arrebatos intensos. Sin embargo, también tiene rasgos

obsesivos debido al hecho de esperarse años para poder vengarse de una joven.

- **Igor de Winnie the Pooh (1966)**

El burro triste y pesimista de Winnie the Pooh. Más que considerarse una depresión, en este caso al ser un comportamiento tan prolongado, hablamos de distimia. Unos de los síntomas de este trastorno son la fatiga, el apetito reducido y la baja autoestima.

- **Piglet de Winnie the Pooh (1966)**

El nerviosismo constante y su incapacidad de tomar decisiones son señales obvias de un trastorno de ansiedad, y en su caso se trata de una ansiedad general, ya que el simple hecho de pensar en algo que podría ir mal le desencadena un miedo irracional que le incapacita.

- **Conejo de Winnie the Pooh (1966)**

El conejo de Winnie the Pooh se pone nervioso cuando su orden se ve alterado. Lucha constantemente para que las cosas estén en orden y todo vaya acorde a su plan, pero se preocupa constantemente por la posible imperfección. Este comportamiento es típico de alguien que sufre con un trastorno obsesivo compulsivo.

### • La Reina Malvada de Blancanieves y los siete enanitos (1973)

Una de las villanas más icónicas y una de las primeras en aparecer en gran pantalla, parece sufrir un trastorno de personalidad narcisista. Se pasa los días mirando su propio reflejo, forzando a un espejo hablante que le asegurara que es la más bella del reino.

### • Ariel de La Sirenita (1989)

La sirenita parece sufrir un trastorno dismórfico corporal bastante severo, ya que no está contenta con su cola de sirena y quiere desesperadamente unas piernas humanas. Para llegar a su objetivo da unos pasos arriesgados, drásticos y peligrosos.

### • Homer Simpson de los Simpsons (1989)

Se podría debatir que Homero sufre de un trastorno explosivo intermitente, que consta de episodios severos de pérdida de control a los impulsos agresivos. Puede resultar en asaltos graves o destrucción de propiedad. En este caso la rabia y la agresividad que siente Homer va dirigida hacia su primogénito.

### • Jafar de Aladdin (1992)

Este villano puede ser un posible sociópata, ya que es extremadamente cruel y no muestra empatía a la hora de realizar acciones

horrendas. Caería bajo el umbral de trastorno de personalidad antisocial. No parece tener algún tipo de responsabilidad moral o remordimiento.

### • Minions de Los minions (2015)

Este plausible diagnóstico no podía ser más obvio. Estos personajes pasan de una cosa a otra, mostrando gran dificultad para concentrarse en una cosa por mucho tiempo y les cuesta seguir instrucciones, además de distraerse constantemente. Estos son unos de los criterios para diagnosticar a alguien con trastorno por déficit de atención con hiperactividad.

Hay más personajes que podríamos debatir si padecen o no algún tipo de trastorno, pero aquello que pretendo no es hacer una guía de todos los personajes a lo largo de la historia, sino enfatizar las consecuencias que una representación errónea o estereotipada podría tener a largo plazo.

Una representación acertada es necesaria, ya que acaba fomentando qué tipo de relación deberíamos tener con nuestro entorno. Este proceso de conducta se lleva a cabo en la psique humana a partir del momento que tenemos conciencia. A continuación hablaremos acerca de este fenómeno que se conoce bajo el nombre de teoría de cognitiva

social de Bandura (2001).

Las primeras teorías psicológicas se basan en principios de conducta que adoptaron un modelo de un conducto interno que hace posible el comportamiento pero no ejerce fuerza sobre el mismo. Partiendo desde este punto de vista, el comportamiento del individuo resulta moldeado y direccionado por un estímulo ambiental. Esta línea teórica comparaba la mente con un ordenador biológico y durante décadas se mantuvo esta metáfora lineal, donde la información se envía a un procesador central que proporciona soluciones de acuerdo con las reglas predeterminadas. Dicho módulo lineal fue suplantado por un sistema más organizado donde se producen múltiples operaciones de modo simultáneo sin ayuda de la conciencia.

La conciencia es aquello que hace que nuestra vida sea manejable y sobre todo que valga la pena vivirla. Cuando la conciencia es funcional el individuo puede acceder a información de forma selectiva y deliberada, construyendo, evaluando y regulando sus acciones.

La teoría cognitiva social enfatiza las conductas de aprendizaje a través del contexto social y la observación. El cómo las personas se perciben a sí mismas y el mundo en el cual viven se pronuncia a través de la información que reciben de ella. Esta información puede provenir de la cultura, puede ser aprendida

a través de interacciones sociales o también recogida por los medios de consumo. Bandura declara que la naturaleza de estas experiencias dependen del tipo de ambiente físico y social que las personas seleccionan y construyen.

Mencioné la teoría de la cognitiva social porque tal y como Lawson y Fouts (2004) sugieren, las creencias de los adultos están arraigadas en la infancia y que los estereotipos se cultivan a una temprana edad, y bastante inconscientemente.

Los medios nos exponen a un rango diversificado de personas que para muchos de nosotros sería difícil o imposible encontrarnos con y poder tener algún tipo de experiencia personal. A veces es prácticamente el único medio que nos provee información sobre ellos. En una antigua investigación hecho en los Estados Unidos, los niños mencionaron como aquello que saben sobre personas de diferentes nacionalidades lo adquieren de sus padres o de la televisión. Obviamente eso puede ser problemático porque tanto la televisión como el cine muchas veces se basan en estereotipos para representar a diferentes grupos de personas, dependiendo de dónde se haga la transmisión.

Harris (2004) publicó un libro que cubre la psicología cognitiva en la mass media. Aun y

centrarse en los Estados Unidos, gran mayoría de sus declaraciones pueden aplicarse a cualquier otra nacionalidad.

Harris analiza todas las representaciones imaginables, no deja ninguna piedra sin volcar. La representación de la mujer, la representación del hombre, en ambos casos se toca el tema de apariencia física y cómo deben actuar y sentirse. La apariencia física también juega un rol esencial en la representación e inducción de la mentalidad de un cónon de belleza. Menciona cómo los efectos de los estereotipos sexuales, sobre todo los que se consideran negativos, pueden afectar a la larga el comportamiento del individuo. Los niños que miran muchísimo la televisión son más propensos a tener unos roles más tradicionales, inducidos especialmente por las comedias mientras que algunos se ven muy influenciados por el material de carácter violento que consumen.

Además de la representación de los sexos también describe cómo se representan las minorías y las "cuatro etapas" de representación. En la primera etapa es la del no reconocimiento; no se burlan de ellos ni son caricaturizados. La segunda etapa es la de ridiculización; aquí el grupo dominante se burla y estereotipa a la minoridad, llamando a sus miembros incompetentes entre otros insultos.

La tercera fase consiste en la regulación; la minoría aparece en roles protectores, como detectives o espías. La cuarta y última fase es la del respeto; las minorías aparecen representadas en un rango amplio de roles, buenos y malos.

Dentro de esas minorías también se encuentran las personas con discapacidades y trastornos. Aparecen en menos del 1% de los personajes que aparecen en la televisión, comparado con el 10-20% de la población que padece algún tipo de discapacidad (mental o física). Sin embargo, cuando aparecen toman un rol estereotipado donde la discapacidad se glorifica como superpoder, que se conocen como el "bitter crip" y el "supercrip".

El primero suele presentar algunos síntomas depresivos debido al hecho de que nadie entiende su discapacidad y en la trama del personaje se hace una pequeña y sutil sugerencia de que la felicidad proviene del estar entero, físicamente hablando, para aquellos que padecen una discapacidad física. El "supercrip" es la discapacidad glorificada que se vuelve en un tipo de superpoder. Esta imagen puede adaptarse a ambas discapacidades, el resultado final depende de la trama de la serie o película. El mensaje de estas dos representaciones nos quiere decir que estas personas se pueden adaptar y estarán bien solamente si tienen la actitud

adecuada.

La imagen mediática de los trastornos psicológicos también es un problema. En este caso no se usan fases de representación, sino estereotipos. En un análisis de diferentes series semanales desde 1969 hasta 1985, el 72% de los personajes adultos fueron retratados como enfermos mentales que fueron lesionados o asesinados, el 75% fueron víctimas de violencia, pero en realidad un 11% de sujetos con trastornos mentales son propensos a la violencia.

En una segunda instancia, la persona en cuestión es ridiculizada. No se ridiculiza directamente, pero sí a través de metáforas. Estas metáforas se encontraban en anuncios publicitarios, promocionando diferentes objetos y comidas. También hubo instancias donde se usaron en discursos políticos (Willwerth, 1993). Las personas que lidiaban con trastornos psicológicos manifestaron silenciosamente que el comportamiento de los medios y la horrible representación que hacían de sus trastornos era repulsivo e hiriente.

En el tercer estereotipo, las personas con trastornos se consideraban “una especie aparte”. Esta declaración automáticamente les separaba de los demás de un modo negativo. Se representaban obviamente de un modo diferente a los demás, tanto a nivel estético como vestimenta, un comportamiento extraño

y expresiones faciales muy extrañas. Hechos como estos pueden hacer pensar que se puede identificar a una persona con algún trastorno psicológico por su apariencia, y que una persona con un aspecto inusual puede ser un objeto de sospecha y miedo.

Obviamente que a causa de estas estigmatizaciones las personas se ven desanimadas a la hora de hablar de sus trastornos y buscar ayuda, por el miedo del qué pensarán los demás. Ocasionalmente sí que hay imágenes representativas en la televisión que reconfortan a la gente y se sienten identificadas, pero siguen siendo casos muy escasos.

Shrum, Burroughs y Rindfleisch (2005) también llegan a una conclusión parecida en su estudio del consumo de televisión y la teoría de la cultivación, otra teoría que sigue unas bases parecidas a la teoría cognitiva social. Esta teoría sugiere que el mundo que se retrata por la televisión es significadamente diferente de la realidad, y que a la larga distorsionan y alteran las percepciones de los espectadores. A diferencia de la investigación de Harris (2004), este estudio se basa más en el aspecto material que el psicológico.

Tras haber visto y discutido sobre investigaciones relativamente antiguas y

diferentes teorías que apoyan el hecho de que la exposición repetitiva a estereotipos y un reflejo distorsionado de la realidad puede tener un efecto negativo en las personas, definiendo su modo de relacionarse con su entorno y cómo tratar a personas que son diferentes a ellas, vamos a hablar de hechos un poco más actuales.

Amy Sue Marie Miller (2014) tiene una investigación donde escoge tres largometrajes y una serie de animación que la emitían semanalmente en la televisión, y aquello que une a los cuatro ejemplos es la representación de trastornos mentales y la discapacidad. En este estudio se observa la reacción de niños de 14 años en relación con el material que tendrán a disposición y que palabras usan para expresar aquello que sienten.

Los largometrajes usados fueron Frozen y Rompe Ralph de Disney, Cómo entrenar a tu dragón de Dreamwork y la serie animada Avatar: La leyenda de Aang de Nickelodeon. Se escogieron esos largometrajes por tres motivos en particular: son muy populares, hay mucho merchandise y recibieron mucha publicidad, y se mencionan con frecuencia fuera de contexto. Avatar estuvo en emisión desde 2005 hasta el 2008. Cada animación puede ser categorizada según se presenta la discapacidad en la pantalla.

## **Avatar (2005)**

Hay un uso frecuente de gestos que implican la descripción de la locura, como el hacer girar el dedo índice al lado de la cabeza, refiriéndose a otro personaje; referencias obvias y directas acerca de la ceguera y “gags” visuales. Tiene una variedad muy grande de variedad en cuanto a personajes con discapacidad.

El personaje más obvio es Toph, una niña de 12 años ciega de nacimiento. El hecho de ser ciega no la convierte en un “supercrit”, más bien resulta a veces problemático. Sin embargo puede “ver” gracias a las vibraciones del suelo.

Es verdad que usan su discapacidad para sacarle partido a alguna broma o situación cómica, nunca en exceso. Toph es un personaje fuerte que no se deja desanimar por su discapacidad y tampoco quiere ser discriminada por ello.

## **Frozen (2013)**

En ningún momento se vocaliza el hecho de que Elsa padezca de ansiedad o algún tipo de discapacidad, pero a través de sutilezas como el comportamiento o el vocabulario que se emplea en la película, nos indican que sí tiene algún tipo de trastorno. Los síntomas pueden ser asociados con un trastorno de ansiedad. “Ocúltalo, no sientas” es un número musical en el cual se enfatiza el hecho de que si no

piensa en sus poderes no será capaz de herir a nadie. Los trastornos de ansiedad se caracterizan por la preocupación excesiva, el miedo a la muerte o la pérdida de control. Elsa tiene el poder de matar a quien fuera en cualquier momento, pero se pasa toda la película intentando reprimirlos. No se considera ni la heroína ni la villana del largometraje.

## **Rompe Ralph (2012)**

En esta película hay un personaje que podríamos decir que padece de estrés postraumático, esa sería Calhoun. Cada vez que se le desencadena un episodio, Calhoun tiene recuerdos sobre la muerte de su prometido el día de su boda. Los personajes restantes son conscientes de ello y procuran no desencadenar ningún episodio, evitando palabras como “dinamita”. En la nueva boda, todos toman precauciones para asegurarse de que no volverá a ocurrir lo mismo.

## **Cómo entrenar a tu dragón (2010)**

Representa la discapacidad física a partir de la imagen visual. Hipo es un amputado, sin embargo se menciona verbalmente dos veces, ambas por él mismo, una de ellas con la intención de bromear. Además de Hipo hay otro personaje que es un amputado, Djimon Hounsou. Es introducido como antagonista por el hecho de que es un hombre malo, no

porque le faltase un brazo.

El estudio de Amy concluyó con un total de cinco palabras clave que los niños repetían constantemente. Esas palabras fueron locx (70 veces), perdidx (59 veces), solx (46 veces), peligrosx (41 veces) y graciosx (27 veces). El promedio era de 13.2 palabras clave por hora de animación. Al contrario de aquello que muchos esperaríamos escuchar, la mayoría de estas palabras se usaban para describir una situación en particular y no a un personaje. Resultados como estos dan un sentido de confort a la hora de pensar en un futuro con menos estigmatización acerca aquellos individuos con trastornos y/o discapacidades, porque les enseñan a pensar en un personaje por como es, no por su discapacidad.

Representaciones como estas, con una variedad de personajes complejos que a su vez tienen sus ambiciones que van más allá de sus discapacidades, ayudan al entendimiento de que una persona no se puede definir solamente con su diagnóstico o discapacidad. Y es por esta línea que quiero seguir mi trabajo. Obviamente que forman parte de nosotros y de aquello que hemos llegado a ser, pero no nos definen completamente. En caso de los trastornos mentales seguiré con la idea de que no nos definen pero sí que nos acompañan todas las horas del día, cada día, durante un tiempo indefinido.

## Definiciones clínicas

Tanto los clínicos y los investigadores usan el DSM5 - Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales para llevar a cabo sus diagnósticos o investigaciones. En la categoría de investigadores podríamos encontrar investigadores biológicos, psicodinámicos, cognitivos, de conducta, interpersonales y familiares; en cuanto a los clínicos, especialistas como psiquiatras, psicólogos, asistentes sociales, enfermeras, terapeutas ocupacionales y de rehabilitación, consejeros y muchos otros profesionales de la salud.

Usaré la cuarta edición de este manual para la recopilación de información. Se trata de un manual muy complejo que involucra el estudio de diversos ejes y patrones. A causa de su complejidad no hablaré tanto de los ejes pero sí de los patrones y los datos que vea necesarios para complementar el trabajo. Este manual tardó años en recopilar toda la información que contiene para mejorar y facilitar el diagnóstico y los tratamientos de los pacientes. Se considera una de las obras más completa y actualizada de la práctica clínica. A continuación, con la ayuda de este libro, describiré los diagnósticos que aparecerán en mi proyecto, para concientizar que los trastornos son más que un estereotipo, y que la hora de diagnosticar un paciente, el simple

el simple cumplimiento de un criterio que no pertenece a una categoría predominante puede cambiar completamente el diagnóstico. Sin embargo, quiero dejar constancia de que hay una versión más reciente y actualizada del manual que estoy citando, pero no permitían a nadie llevárselo por prestado.

### Trastornos del estado de ánimo

En esta sección del manual la característica principal es una alteración del humor. Hay tres categorías de trastornos del estado de ánimo y hablamos de trastornos depresivos, trastornos bipolares y una tercera categoría donde el trastorno es debido a una enfermedad médica o una alteración en el estado de ánimo producido por sustancias.

#### ● Depresión

Hablando desde un nivel diagnóstico, los trastornos de estado de ánimo parten del concepto de episodios. Cuando estos episodios se vuelven repetitivos y recurrentes en la vida del paciente, entonces entra en la ecuación la posibilidad de tratarse de un trastorno. En los mensajes pocos especificaron qué tipo de depresión padecen, si eran episodios o si se trataba de un trastorno así que proporcionaré la información de ambos.

La característica más importante de un episodio depresivo mayor es la presencia de un estado de ánimo deprimido o una pérdida de interés o placer en casi todas las actividades que el paciente realizaba con gusto, durante mínimo dos semanas. El sujeto en cuestión también debe experimentar al menos otro cuatro síntomas de una lista que mostraré más adelante. Los síntomas por norma general deben mantenerse durante la mayor parte del día, casi cada día, durante dos semanas seguidas. También ha de ser acompañado por un malestar clínico que afecte su vida social o laboral.

Los sujetos describen su estado de ánimo como deprimido, triste, desesperanzado o desanimado, palabras las que siempre estereotipamos a estos pacientes. Hay más aflicciones que el estar triste, como tener molestias y dolores físicos. Muchos pacientes sin embargo muestran una irritabilidad muy alta, tratándose de arranques de ira o frustración desproporcionada ante cosas sin importancia.

La pérdida de interés se nota mucho por las familiares, cuando el paciente deja de mostrar interés en sus aficiones y empieza a aislarse socialmente.

Los pensamientos de muerte, la ideación suicida o las tentativas suicidas son frecuentes. La frecuencia, intensidad y letalidad de estos pensamientos puede variar, los sujetos con mayor riesgo suicida pueden haber comprado el material para llevar a cabo su deseo y estar fijados en esa idea, mientras los de menos riesgo tienen pensamientos transitorios, normalmente de 1 a 2 minutos. Los motivos pueden incluir el deseo de rendirse ante lo que ellos perciben como obstáculos insalvables o acabar con el estado doloroso que están padeciendo, que resulta interminable.

Para descubrir los síntomas de un episodio mayor es muy importante tener una buena y densa entrevista con el paciente, porque en estos diagnósticos hay muchísimas variables que según la intensidad puede categorizarse como otro tipo de trastorno. Antes de mostrar la tabla de criterios que se usa, me parece adecuado mencionar que el manual toca el tema de la tristeza.

"Finalmente, hay que señalar que los períodos de tristeza son aspectos inherentes a la experiencia humana. Estos períodos no se deben diagnosticar como un episodio depresivo mayor a no ser que se cumplan los criterios de gravedad (p. ej., cinco de entre nueve síntomas), duración (p. ej. la mayor parte del día, casi cada día durante al menos 2 semanas) y malestar o deterioro clínicamente significativos." (p. 398)

### Criterios para el episodio depresivo mayor

**A.** Presencia de cinco ( o más) de los siguientes síntomas durante un periodo de 2 semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser (1) estado de ánimo depresivo o (2) pérdida de interés o de la capacidad para el placer.

- (1) estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto (p. ej., se siente triste o vacío) o la observación realizada por otros (p. ej., llanto)
- (2) disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (según refiere el propio sujeto u observan los demás)
- (3) pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso (p. ej., un cambio de más del 5% del peso corporal en 1 mes), o pérdida o aumento del apetito casi cada día
- (4) insomnio o hipersomnia casi cada día
- (5) agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido)
- (6) fatiga o pérdida de energía casi cada día
- (7) sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no los simples autorreproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo)
- (8) disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena)
- (9) pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse

- B.** Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto
- C.** Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo
- D.** Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o una enfermedad médica (p. ej., hipotiroidismo).
- E.** Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo (p. ej., después de la pérdida de un ser querido), los síntomas persisten durante más de 2 meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor.

p. 398-399

El trastorno depresivo mayor se caracteriza por tener uno o más episodios depresivos mayores sin historial de episodios maníacos, mixtos o hipomaníacos.

#### **Criterios para el episodio depresivo mayor, episodio único**

- A.** Presencia de un único episodio depresivo mayor
- B.** El episodio depresivo mayor no se explica mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no está superpuesto a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.
- C.** Nunca se ha producido maníaco, un episodio mixto o un episodio hipomaníaco

Si se cumplen todos los criterios de un episodio depresivo mayor, especificar su estado clínico actual y/o síntomas:

- Leve, moderado, grave sin síntomas psicóticos/grave con síntomas psicóticos
- Crónico
- Con síntomas catatónicos
- Con síntomas melancólicos
- Con síntomas atípicos
- De inicio en el período posparto

Si no se cumplen los criterios de un episodio depresivo mayor, especificar el estado clínico actual del trastorno depresivo mayor o los síntomas del episodio más reciente:

- En remisión parcial, en remisión total
- Crónico
- Con síntomas catatónicos
- Con síntomas melancólicos
- Con síntomas atípicos
- De inicio en el período posparto

p. 419 - 420

### **Criterios para el episodio depresivo mayor, recidivante**

- A.** Presencia de dos o más episodios depresivos mayores.
- B.** Los episodios depresivos mayores no se explican mejor por la presencia de un trastorno esquizaafectivo y no están superpuestos a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.
- C.** Nunca se ha producido un episodio maníaco, un episodio mixto o un episodio hipomaníaco

Si se cumplen todos los criterios de un episodio depresivo mayor, especificar su estado clínico actual y/o síntomas:

- Leve, moderado, grave sin síntomas psicóticos/grave con síntomas psicóticos
- Crónico
- Con síntomas catatónicos
- Con síntomas melancólicos
- Con síntomas atípicos
- De inicio en el período posparto

Si no se cumplen los criterios de un episodio depresivo mayor, especificar el estado clínico actual del trastorno depresivo mayor o los síntomas del episodio más reciente:

- En remisión parcial, en remisión total
- Crónico
- Con síntomas catatónicos
- Con síntomas melancólicos
- Con síntomas atípicos
- De inicio en el período posparto

Especificar:

- Especificaciones de curso (con y sin recuperación interepisódica)
- Con patrón estacional

Este trastorno está asociado a una mortalidad alta, tratándose de una tasa de suicidio de 15%. Los pacientes con trastorno depresivo mayor ingresados en residencias pueden tener un riesgo muy alto de muerte durante el primer año.

Este trastorno puede presentarse como tal y más tarde considerarse un trastorno distímico. Otros trastornos mentales que suelen acompañar frecuentemente a la depresión son los trastornos relacionados con sustancias, ansiedad, trastornos obsesivos-compulsivos, anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, trastorno límite de personalidad, entre otros.

En los hallazgos de laboratorio, el manual menciona que las alteraciones neurobiológicas, como la elevación de los niveles de glucocorticoides (hormonas que aumentan el nivel de glucosa en la sangre y se comportan como antiinflamatorios, secretada como respuesta al estrés por parte del organismo) y las alteraciones del EEG (se trata de un electroencefalograma, un estudio que detecta la actividad eléctrica del cerebro mediante pequeños electrodos fijados sobre el cuero cabelludo) son mucho más frecuentes en los pacientes con síntomas psicóticos y en los que sufren episodios más graves o con indicios melancólicos.

### • Distímia

El trastorno distímico se caracteriza por tener más días con estado de ánimo depresivo que sin él, durante un período de dos años. Va acompañado por síntomas depresivos que no cumplen los requisitos del trastorno depresivo mayor. El trastorno distímico se caracteriza por síntomas depresivos menos graves y crónicos, que se han mantenido muchos años, como mínimo durante 2 años. En los pacientes diagnosticados con este trastorno los síntomas vegetativos pueden ser menos frecuentes que en los sujetos con episodio depresivo mayor. Cuando se padece un trastorno distímico la persona tiene un 75% de riesgo de sufrir un trastorno depresivo mayor en los 5 años siguientes. Al mantenerse durante muchos años ya no se puede distinguir fácilmente el funcionamiento “normal” del paciente del comportamiento característico del trastorno porque se encuentran prácticamente fusionados.

### Criterios para el episodio depresivo mayor, episodio único

**A.** Estado de ánimo crónicamente depresivo la mayor parte del día de la mayoría de los días, manifestado por el sujeto u observado por los demás, durante al menos 2 años.

**B.** Presencia, mientras está deprimido, de dos (o más) de los siguientes síntomas:

- (1) pérdida o aumento de apetito
- (2) insomnio o hipersomnia
- (3) falta de energía o fatiga
- (4) baja autoestima
- (5) dificultades para concentrarse o para tomar decisiones
- (6) sentimientos de desesperanza

**D.** No ha habido ningún episodio depresivo mayor durante los primeros años de la alteración; por ejemplo, la alteración no se explica mejor por la presencia de un trastorno depresivo mayor crónico o un trastorno depresivo mayor, en remisión parcial.

**E.** Nunca ha habido un episodio maníaco, un episodio mixto o un episodio hipomaníaco y nunca se han cumplido los criterios para el trastorno ciclotímico.

**F.** La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de un trastorno psicótico crónico, como son la esquizofrenia o el trastorno delirante.

**G.** Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o a enfermedad médica (p. ej., hipotiroidismo).

**H.** Los síntomas causan un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Especificar si:

- Inicio temprano: si el inicio es antes de los 21 años
- Inicio tardío: si el inicio se produce a los 21 años o con posterioridad

## Trastornos de ansiedad

Cuando hablamos de ansiedad estamos hablando de un término general que cubre un gran rango de conceptos que pertenecen a una categoría común. La crisis de angustia, la agorafobia, el trastorno de angustia con agorafobia, y el sin, la agorafobia sin historia de trastorno de angustia, la fobia específica, la fobia social, el trastorno obsesivo compulsivo, el trastorno por estrés postraumático, el trastorno por estrés agudo, el trastorno de ansiedad generalizada, el trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica, el trastorno de ansiedad inducido por sustancias y el trastorno de ansiedad no especificado pertenecen a la misma categoría. Los tipos que aparecen en este proyecto son el trastorno de ansiedad generalizada y el trastorno obsesivo compulsivo, y serán en los que me centraré más a la hora de definir.

### • Trastorno de ansiedad generalizada

La característica indispensable de la ansiedad generalizada consta de la ansiedad y preocupación excesivas, superior a un transcurrido de 6 meses y se centran en muchos acontecimientos y situaciones. La intensidad, duración o frecuencia de aparición de la ansiedad y de las preocupaciones son muy desproporcionadas. Los individuos no son capaces de dirigir su atención de estos episodios hacia tareas más importantes en dicho momento.

Además de los síntomas característicos de este trastorno, también tiene que haber la presencia de algún tipo de síntoma somático. Este trastorno puede cohabitar con trastornos del estado del ánimo, trastornos de ansiedad y trastornos relacionados con sustancias. El dolor de cabeza y las migrañas también son síntomas comunes de este trastorno, debido a la preocupación en exceso.

La prevalencia mundial anual de este trastorno llega hasta el 5% y en clínicas especializadas para tratar trastorno, un 25% de los sujetos presentan ansiedad generalizada como diagnóstico exclusivo. El curso es

de carácter crónico sin embargo es fluctuante, donde los períodos de estrés agravan la presencia del trastorno.

### **Criterios para el diagnóstico de trastorno de ansiedad generalizada**

- A.** Ansiedad y preocupación excesivas (expectación aprensiva) sobre una amplia gama de acontecimientos o actividades (como el rendimiento laboral o escolar), que se prolongan más de 6 meses.
- B.** Al individuo le resulta difícil controlar este estado de constante preocupación.
- C.** La ansiedad y preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas siguientes (algunos de los cuales han persistido más de 6 meses)
  - (1) inquietud o impaciencia
  - (2) fatigabilidad fácil
  - (3) dificultad para concentrarse o tener la mente en blanco
  - (4) irritabilidad
  - (5) tensión muscular
  - (6) alteraciones del sueño (dificultad para conciliar o mantener el sueño, o sensación al despertarse de sueño no reparador)
- D.** El centro de la ansiedad y de la preocupación no se limita a los síntomas de un trastorno del Eje I; por ejemplo, la ansiedad o preocupación no hacen referencia a la posibilidad de presentar una crisis de angustia (como el trastorno de angustia), pasarlo mal en público (como en la fobia social), contraer una enfermedad (como en el trastorno obsesivo-compulsivo), estar lejos de casa o de los seres queridos (como en el trastorno de ansiedad por separación), engordar (como en la anorexia nerviosa), tener quejas de múltiples síntomas físicos (como en la hipocondría), y la ansiedad y la preocupación no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno por estrés postraumático.

**E.** La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

**F.** Estas alteraciones no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o una enfermedad médica (p. ej., hipertiroidismo) y no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno del estado de ánimo, un trastorno psicótico o un trastorno generalizado del desarrollo.

p. 533 - 534

### • Trastorno obsesivo compulsivo

La característica esencial de este trastorno es la implicación de obsesiones o compulsiones de carácter recurrente que provoca pérdidas de tiempo significativas y malestar en el paciente. Las obsesiones pueden ser ideas, pensamientos, impulsos o imágenes de carácter persistente que son considerados intrusivos. El individuo es capaz de reconocer que este comportamiento es producto de su mente y que no se trata de algo insertado desde fuera. Para lidiar las obsesiones, los sujetos recurren a las compulsiones, es decir, comportamientos o actos mentales que les ayuda a aliviar la ansiedad o el malestar pero no proporcionan ningún tipo de gratificación. Las obsesiones/compulsiones suponen un malestar significativo e interfiere con la rutina diaria del individuo, su rendimiento laboral o sus actividades sociales o relaciones. Dado el potencial de estas acciones, suelen ocasionar una disminución del rendimiento personal o tareas cognoscitivas que requieran concentración. Muchos individuos acaban evitando situaciones que les pueden provocar obsesiones, y en el peor de los casos limitan seriamente su actividad.

### Criterios para el diagnóstico de trastorno obsesivo-compulsivo

**A.** Se cumple para las obsesiones y las compulsiones:

Las obsesiones se definen por (1), (2), (3), y (4)

(1) pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes y persistentes que se experimenta en algún momento del trastorno como intrusos e inapropiados, y causan ansiedad y malestar significativos

(2) los pensamientos, impulsos o imágenes no se reducen a simples preocupaciones excesivas sobre problemas de la vida real

(3) la persona intenta ignorar o suprimir estos pensamientos, impulsos o imágenes, o bien intenta neutralizarlos mediante otros pensamientos o actos

(4) la persona reconoce que estos pensamientos, impulsos o imágenes obsesivos son el producto de su mente (y no vienen impuestos como la inserción del pensamiento)

Las compulsiones se definen por (1) y (2)

(1) comportamientos (p. ej., lavado de manos, puesta en orden de objetos, comprobaciones) o actos mentales (p. ej., rezar, contar o repetir palabras en silencio) de carácter repetitivo, que el individuo se ve obligado a realizar en respuesta a una obsesión o con arreglo a ciertas reglas que debe seguir estrictamente.

(2) el objetivo de estos comportamientos u operaciones mentales es la prevención o reducción del malestar o la prevención de algún acontecimiento o situación negativa; sin embargo, estos comportamientos u operaciones mentales o bien no están conectados de forma realista con aquello que pretenden neutralizar o prevenir o bien resultan claramente excesivos.

**B.** En algún momento del curso del trastorno la persona ha reconocido que estas obsesiones o compulsiones resultan excesivas o irracionales.

**C.** Las obsesiones o compulsiones provocan un malestar clínico significativo, representan una pérdida de tiempo (suponen más de 1 hora al día) o interfieren marcadamente con la rutina diaria del individuo, sus relaciones laborales (o académicas) o su vida social.

**D.** Si hay otro trastorno del Eje I, el contenido de las obsesiones o compulsiones no se limita a él (p. ej., preocupaciones por la comida en un trastorno alimentario, arranque de cabellos en la tricotilomanía, inquietud por la propia apariencia en el trastorno dismórfico corporal, preocupación por las drogas en un trastorno por consumo de sustancias, preocupación por estar padeciendo una grave enfermedad en la hipocondría, preocupación por las necesidades o fantasías sexuales en una parafilia o sentimientos repetitivos la culpabilidad en el trastorno depresivo mayor).

**E.** El trastorno no se debe a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o de una enfermedad médica.

Especificar si:

Con poca conciencia de enfermedad: si, durante la mayor parte del tiempo del episodio actual, el individuo no reconoce que las obsesiones o compulsiones son excesivas o irracionales.

p. 517 - 518

## Trastornos disociativos

Aquello que caracteriza este tipo de trastornos es una alteración de las funciones integradoras de la conciencia, la identidad, la memoria y la percepción. Puede ser repentina o gradual, transitoria o crónica. En esta categoría entran la amnesia disociativa, la fuga disociativa, el trastorno de identidad disociativo, el trastorno de despersonalización y el trastorno disociativo no especificado. A continuación profundizaremos en el trastorno de identidad disociativo.

### • Trastorno de identidad disociativo

Este trastorno se caracteriza por la presencia de uno o más estados de identidad que controlan el comportamiento del individuo de modo recurrente. También resulta incapacitante a la hora de recordar información personal importante, que es difícil de explicar como un olvido ordinario.

Este trastorno refleja cómo no se pudieron integrar varios aspectos de la identidad, la memoria y la conciencia. Generalmente cada identidad vive su propia realidad por decirlo de manera sencilla. Tienen una historia personal, un aspecto definido, una identidad e incluso nombres. Estas identidades alternantes habitualmente poseen rasgos muy contrastantes con la del sujeto o la identidad primaria, es decir, son más hostiles, autodestructivas y dominantes. Los sujetos presentan lapsos de memoria, tanto de memoria remota como reciente a causa de estas otras identidades.

Las personas que padecen este trastorno suelen haber sufrido algún tipo de abuso, físico o sexual, durante la infancia. Los sujetos con este trastorno pueden presentar síntomas postraumáticos, como pesadillas y flashbacks, o un trastorno por estrés postraumático. También cabe la posibilidad de automutilación y comportamientos suicidas y agresivos. Es un trastorno complicado porque puede mostrar características de otros trastornos, como los de estado de ánimo, los relacionados con

sustancias, los sexuales, del sueño y de conducta alimentaria. Tristemente es muy fácil realizar un diagnóstico desacertado porque los síntomas se pueden confundir con otros trastornos.

### **Criterios para el episodio depresivo mayor, episodio único**

- A.** Presencia de dos o más identidades o estados de personalidad (cada una con un patrón propio y relativamente persistente de percepción, interacción y concepción del entorno y de sí mismo).
- B.** Al menos dos de estas identidades o estados de personalidad controlan de forma recurrente el comportamiento del individuo.
- C.** Incapacidad para recordar información personal importante, que es demasiado amplia para ser explicada por el olvido ordinario.
- D.** El trastorno no es debido a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., comportamiento automático o caótico por intoxicación alcohólica) o una enfermedad médica (p. ej., crisis parciales complejas).

p. 593



## Metodología

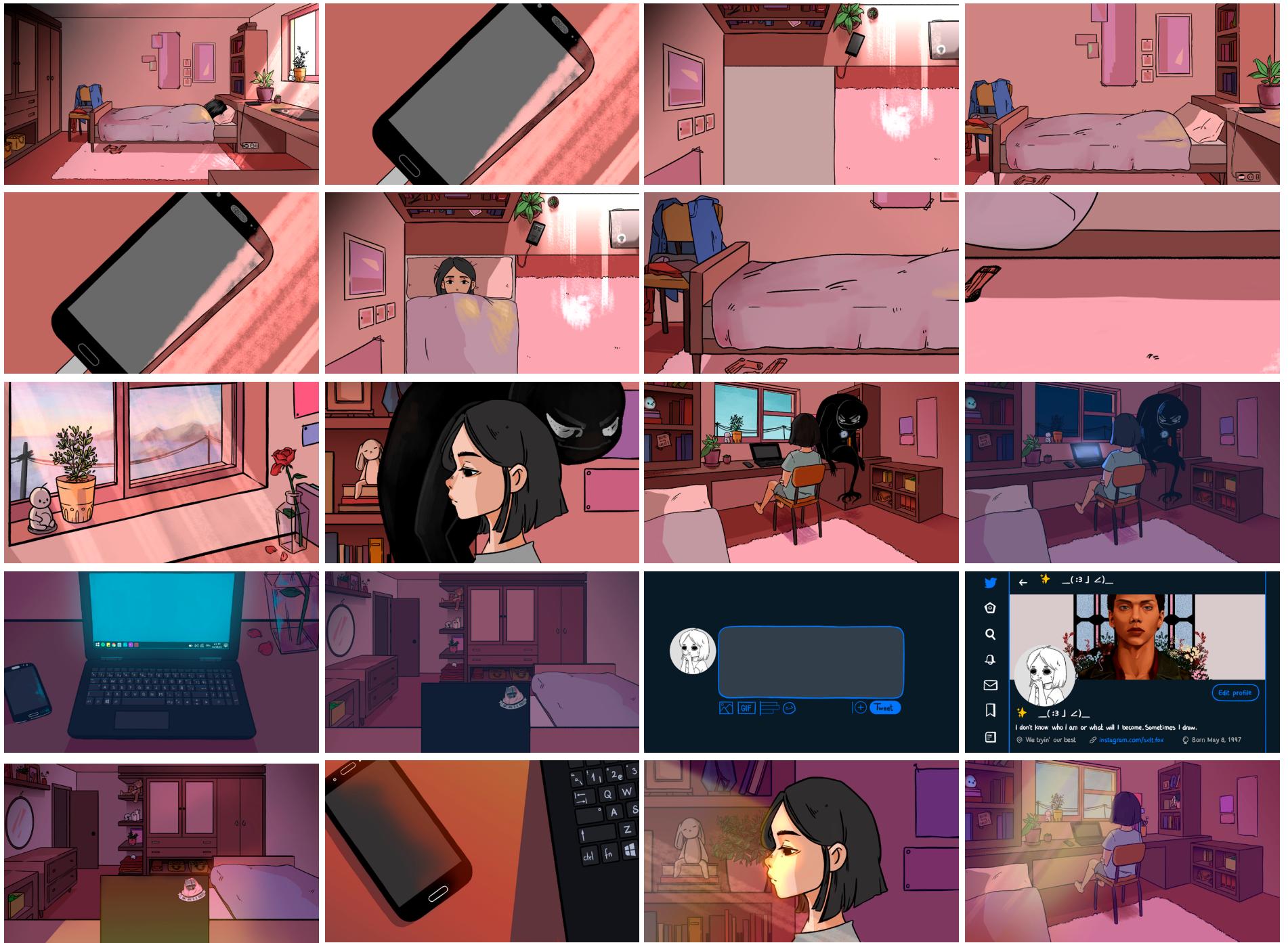
Para esta obra se empleó la animación como medio de representación, sobre todo por sus cualidades narrativas. Aunque la animación tradicional puede tener más encanto, decidí hacerla digital porque de este modo se abría un abanico más grande de opciones, facilidad para conseguir un estilo constante y un proceso ágil. El estilo de esta animación tira más bien hacia el anime pero sin serlo completamente, ya que tiene un trazo más entintado.

Para organizar mis ideas trabajé en un pequeño storyboard las diferentes acciones que pasarían durante un día y medio. Descarté el storyboard casi al final de la animación, por cuestiones de tiempo, y dirigí el final de tal modo que todo el corto se mantuviera dentro de una sola habitación. El motivo por el cual limité el espacio fue el hecho de que una habitación se supone que es un espacio íntimo y seguro, pero en casos como el que nos ocupa, no existen espacios donde puedas esconderte de tu diagnóstico.

La paleta de colores está formada en gran parte por colores rojos y rosados poco saturados durante el día y tonalidades moradas y azules durante la noche. La intención que influenció estas decisiones fue crear un ambiente agradable a la vista que luego permitiera un fuerte contraste con el mensaje que se pretende transmitir.

Dediqué varias semanas para trabajar todos los fondos del corto. Me alegra ver un fondo bien trabajado y es una de las partes de este proyecto que más me relajaron a pesar del contexto complicado en el que se desarrolló todo el proceso, consecuencia de la pandemia vinculada al COVID-19. Recalcando el hecho de que es una animación autobiográfica, dejé mensajes ocultos haciendo referencia a mi persona. El aprecio que tengo a las plantas, la presencia de una colección bastante grande de libros, peluches, velas, mantas, y varias menciones de obras de arte que forman parte de mi colección privada. La pegatina que aparece en el portátil de la protagonista establece un vínculo con un set de 3 pegatinas que realicé durante el curso y que ya usé en otros trabajos a modo de filigrana.

Para aprovechar el tiempo usé el mismo fondo para escenas y acciones diferentes y la verdad es que fue una de las mejores decisiones que tomé, ya que suelo tener ideas muy ambiciosas y no siempre hay tiempo para resolver todo tal y como me gustaría. Y eso no depende solamente de mí, sino también de factores externos.



Olvidé mencionar el programa que utilicé tanto para dibujar como animar el corto. Se trata del Clip Studio Paint. Es un software muy parecido al Photoshop, pero es de pago único. Actualmente hay dos versiones: Paint PRO, que va dirigida especialmente a los dibujantes, concept artists y diseñadores, y la versión Paint EX, para dibujantes de cómics, de manga y animadores. La versión que yo dispongo es la primera y aún y ser en gran parte para ilustradores, también permite el desarrollo de un proyecto animado. Sin embargo, no puedes trabajar con más de 23 *frames* a la vez, lo cual complicó el proceso para las acciones más intrincadas.

Como consecuencia la restricción de frames, alterné el hecho de trabajar a 12 y 8 *frames* por segundo, dependiendo de la fluidez que quería en cada acción. En algunas instancias, sobre todo en las que la acción tenía más de 23 *frames*, usé Adobe Premiere para juntar todos los videos exportados , para salir de dudas y ver si todo funcionaba a nivel narrativo. Resultó ser un trabajo muy minucioso.

A continuación mencionaré aquello que acompaña a la chica del cortometraje.

Se trata de una masa negra, opaca, que tiene un reloj en el pecho. Es una representación visual de cómo veo mis dos trastornos yuxtapuestos. El reloj, símbolo de una parte de mi ansiedad, aparece en momentos clave. Tampoco tiene un sitio asignado, se puede mover por todo el ente, hasta "separarse" de la masa. Su estado matérico no siempre es sólido, hay momentos que simplemente desaparece y se convierte en una sombra. Sus pies son un guiño al vestido de Morticia Addams de la Familia Addams, ya que ella se mueve muy silenciosamente y esta criatura se desplaza del mismo modo.

Su presencia es constante. A veces es más intensa, otras está en segundo plano, y lo represento en algunas escenas porque pienso que es un detalle importante. No siempre nuestro diagnóstico tiene control completo sobre nosotros.

Como ya mencioné en algún otro momento, cada persona es un mundo y todos tenemos diferentes experiencias con nuestros trastornos. Por supuesto que existen similitudes entre pacientes, pero a intensidades diferentes. En mi caso particular se podría resumir como no tener la motivación suficiente para hacer nada pero subsecuentemente entrar en pánico y sentirme mal por no hacer nada.



Tras ilustrar mi propio diagnóstico, me interesó saber cómo otros perciben los suyos. La idea no es propia, fue más bien inculcada subconscientemente debido a dos canciones, Lauv - Superhero y Jeremy Zucker - all the kids are depressed. Aquello que ambas canciones comparten es la involucración del público, de sus experiencias, de sus momentos más negros. Una cooperación sin ningún tipo de obligación, donde la persona que deja un mensaje es la más valiente, porque es algo tan personal que pocas personas deciden compartir.

Me puse manos en la obra y redacté un mensaje pidiendo que solamente aquellos que fueron profesionalmente diagnosticados me contaran alguna experiencia y me explicaran cómo ven su/s trastorno/s para yo luego hacer una interpretación y sacar un concept art\*. En un principio, deseaba integrar esta parte en la animación, pero a falta de tiempo tomé la decisión de al menos hacer unas pequeñas ilustraciones de aquello que interpreté a través de sus breves escritos.

A continuación compartiré estos testimonios. Las experiencias las traducí y redacté del modo más fiel posible al original.

---

\*o arte de concepto, combina aspectos de dibujo, ilustración y diseño. Se utiliza como una guía para un proyecto más competo.

**Edad**

22

**Diagnóstico**

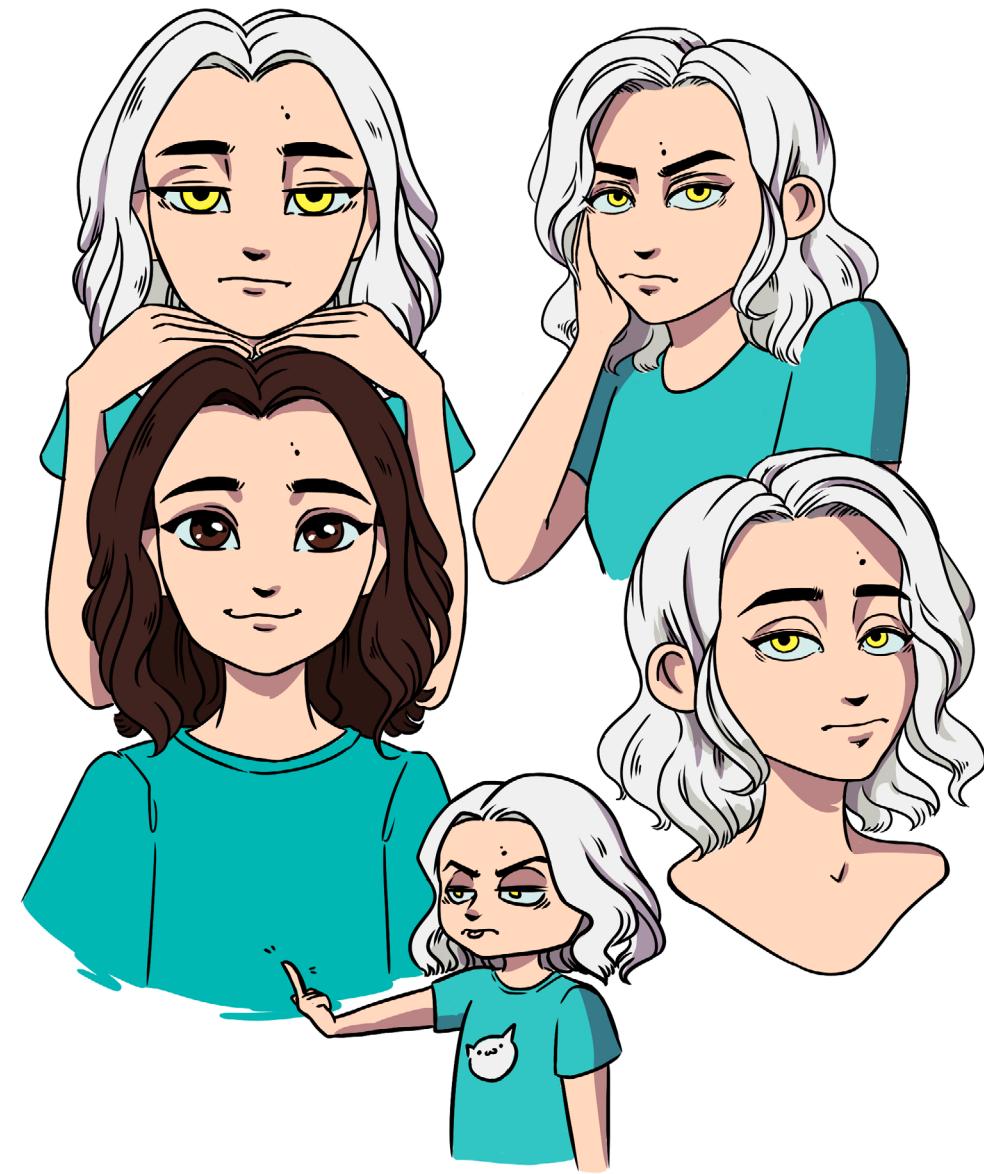
Trastorno disociativo de la personalidad

**Aspecto**

igual que ella, pero su color del pelo es blanco y sus ojos amarillos.

**Algunas experiencias:**

- Nota como si alguien estuviera siempre a su lado. Olvida que está y se centra en el presente, pero a veces ella le habla y da su opinión cuando la gente de su alrededor habla o hace cosas. A veces la escucha y sucumbe, cambia, a veces es capaz de mantener su puesto.
- Es muy explosiva y bastante agresiva con sus respuestas. Se dio el caso de que en medio de una clase le mostró el dedo al profesor, aparentemente sin razón alguna.



**Edad**

21

**Diagnóstico**

Ansiedad y depresión

**Aspecto**

Una nube de humo, negro, opaco, que a veces muestra la existencia de dos ojos blancos. Su presencia engulle cualquier rayo de luz y hace que el espacio a su alrededor se vuelva irrespirable.

**Algunas experiencias:**

- Siempre cuando su ansiedad se desencadena en público, intenta concentrarse en su respiración. Respiraciones profundas por la nariz y contar hasta 100 (500 si es un episodio intenso).
- Siempre cuando su ansiedad se desencadena en público, intenta concentrarse en su respiración. Respiraciones profundas por la nariz y contar hasta 100 (500 si es un episodio intenso).

**Edad**

21

**Diagnóstico**

Depresión, Trastorno obsesivo compulsivo y ansiedad

**Aspecto**

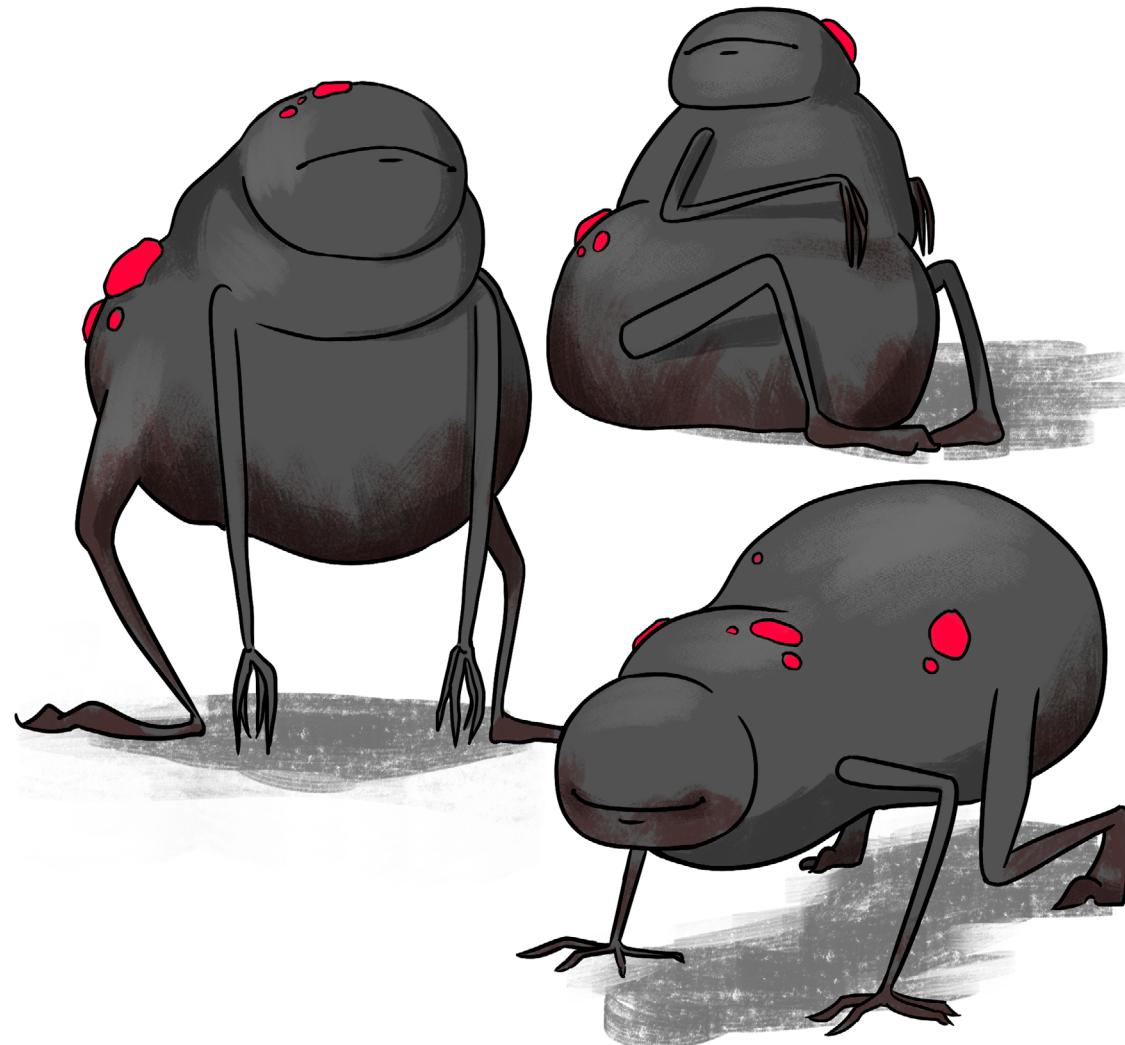
Grande, feo y sucio

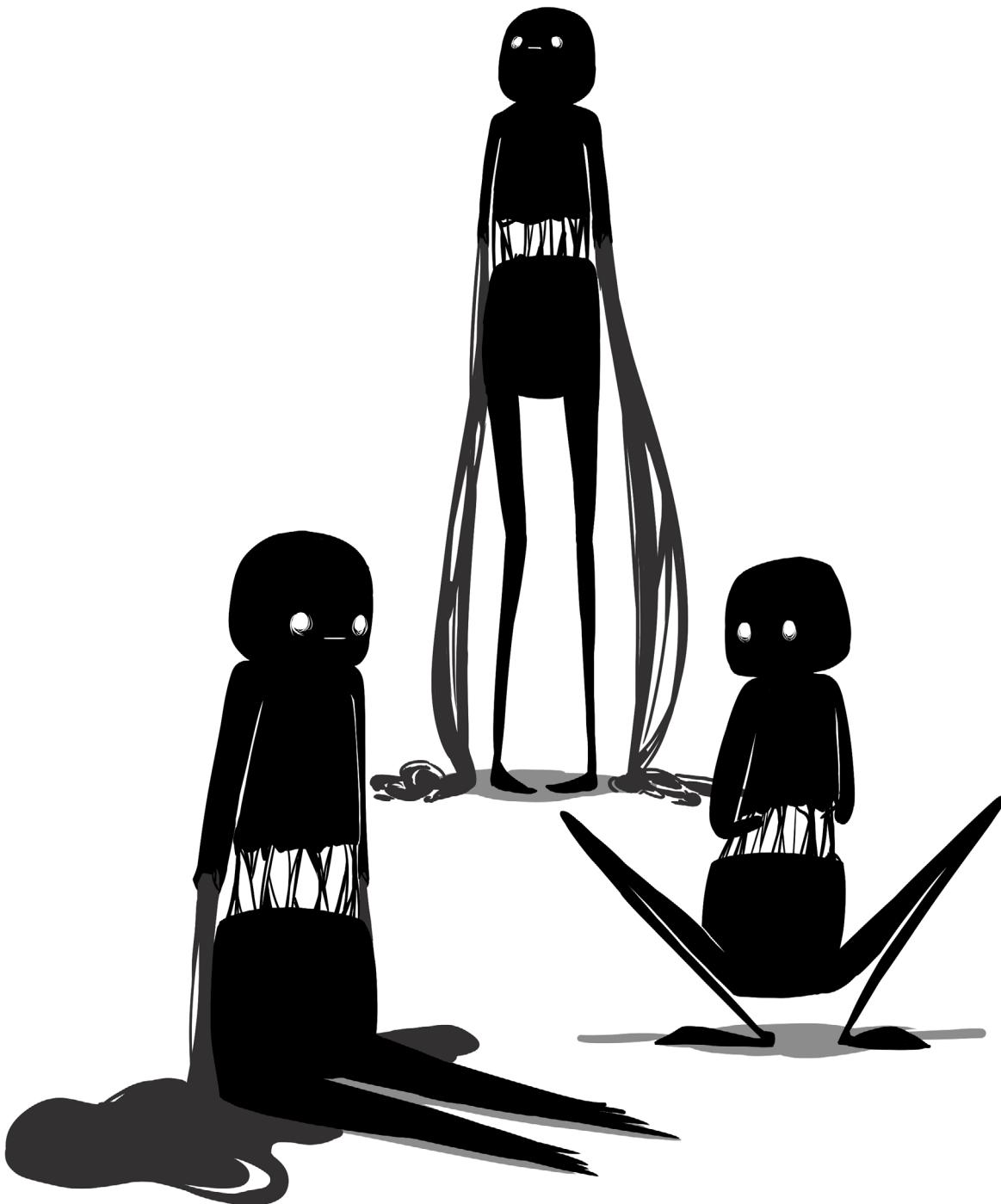
**Algunas experiencias:**

- Ha llegado a un punto donde ya no suprime sus episodios de depresión y ansiedad. Deja que sean, aunque ocurran en sitios públicos delante de desconocidos, familia o amigos.
- En relación con su Trastorno Obsesivo Compulsivo, procura no tocar muchas cosas y en caso de que ocurra, debe recordar cada acción para hacer sus rituales cuando pueda. Aún y encontrarse dentro de las cuatro paredes de su casa, debe mantener una serie de rituales (el orden en el cual se ducha, como lava la ropa...)

Está muy alerta en los espacios públicos. Procura evitar sentarse en el lado derecho del bus porque eso le lleva a pensar que habrá un accidente; tampoco coge los folletos que reparten en la calle.

En su mente, todas estas acciones se han normalizado. Ya no se siente como una rutina exhaustiva.





**Edad**

29

**Diagnóstico**

Depresión

**Aspecto**

Negro, pegajoso, líquido espeso

**Algunas experiencias:**

- En los espacios públicos debe concentrarse mucho para disimular, pero otras veces se siente abrumado y se hace aparente que no está bien.
- Los subidones y bajones son muy esporádicos. Una vez bailó como un maníaco en su habitación a las 4 de la mañana. Estuvo completamente solo y acabó lesionándose. Tras ese momento se dio cuenta de que eso no estaba bien. Este trastorno implica un desequilibrio de la libido, en su caso esta oscilación le acaba metiendo en situaciones incómodas y peligrosas.



Como ya mencioné anteriormente, usé Adobe Premiere para la edición de los clips y el montaje del corto. Compuse bucles para apoyar la narrativa. Modifiqué la velocidad de diferentes clips para encajar con la visión final del cortometraje, pero la gran mayoría de clips siguen 8 o 12 *frames* por segundo.

Para la banda sonora, usé dos piezas compuestas por Yutaka Minobe, "Bullying" para el corto entero y "The attic" para los créditos. La razón por la cual escogí estas dos canciones fue porque aparecieron en "*Rule of Rose*", un videojuego de horror de supervivencia que apareció en 2006 para la consola Sony Playstation. Hubo controversias con este videojuego y acabó siendo prohibido en ciertos países por su naturaleza gráfica y simbólica. La banda sonora de todo el videojuego fue compuesta a base de instrumentos de cuerda para dar un toque más humano y melancólico a la atmósfera del juego. De las seis canciones que se repiten durante el juego, estas dos me parecieron las más adecuadas para acompañar mi animación.

Estas canciones las configuré de tal modo que se escucharan ligeramente para que no tomaran protagonismo. Los sonidos adicionales como pájaros cantando, coches pasando por la calle, notificaciones y alarmas del móvil, entre muchos otros, los adquirí de la página freesounds.org. Di prioridad a esta pista de audio aumentando ligeramente el volumen respecto a la de música de ambiente.

## Obra

( clicar la imagen para visualizar )



**"You're not alone, we're misunderstood"** (2020) Georgiana-Madalina Vladoiu

Cortometraje, 2:48

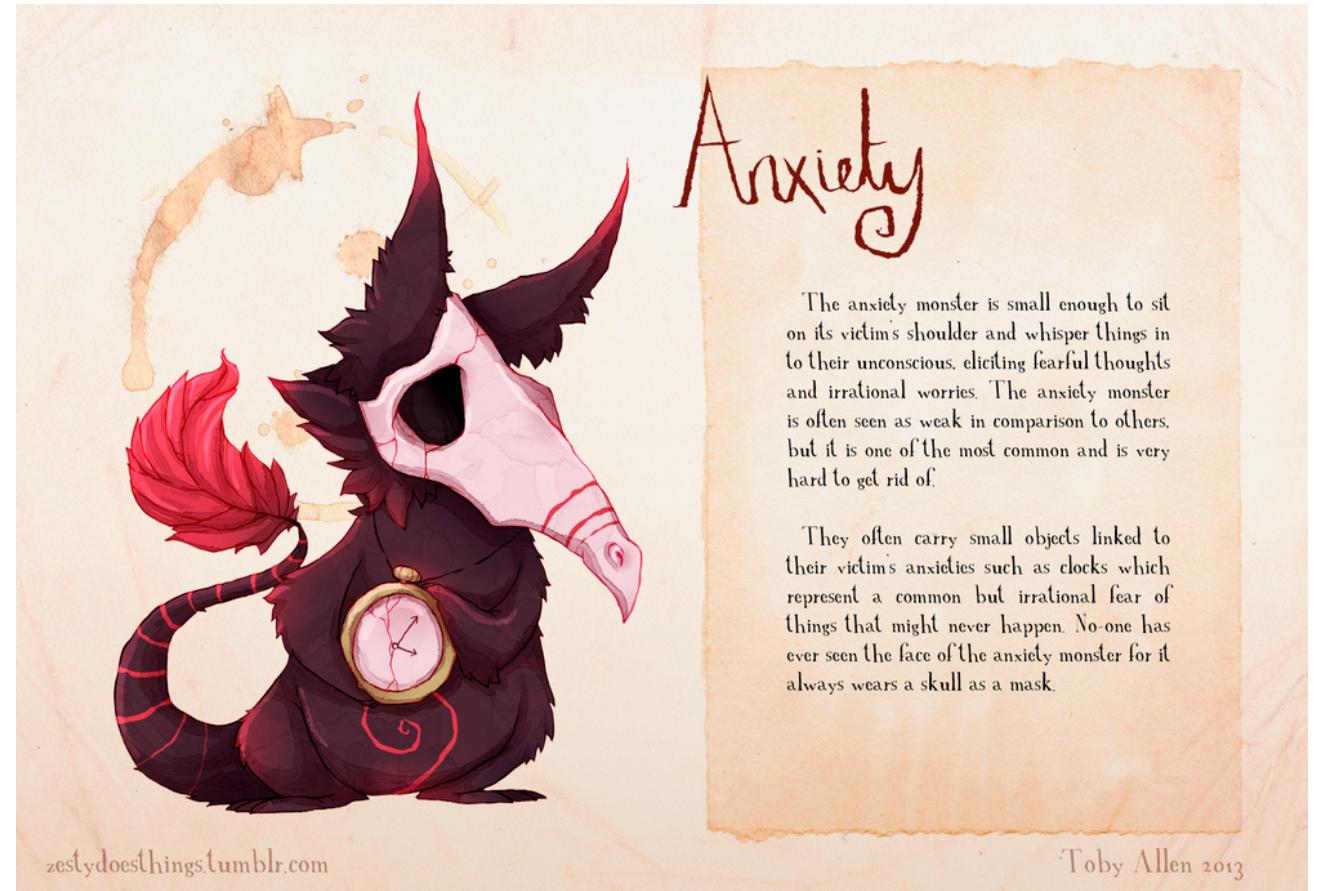
1920 x 1080px, 400ppp

## Referentes

### TOBY ALLEN

Una de las inspiraciones más importantes en la realización de este proyecto fue el trabajo de Roby Allen enmarcado bajo el título de "Real Monsters". Recuerdo haber visto este proyecto desarrollarse durante los días cuando la plataforma de microblogging Tumblr aún tenía buena fama, circa 2013. La intención de este proyecto fue llamar la atención sobre enfermedades mentales que a menudo se ignoran o no se toman con seriedad. El autor padece de ansiedad, y para los trastornos restantes o conoce alguien muy cercano que los padezca o está familiarizado con ellos porque es un tema que le interesa. Para cada ilustración hace una investigación muy amplia para ser capaz de llegar a un diseño que funcione para la mayoría de las personas. También menciona estudiar casos reales para incorporar experiencias en cada diseño.

Aquello que simulo de su trabajo es el darle forma a un trastorno. Él lo hace mediante estudios minuciosos y testimonios de estudios de casos, mientras que yo me basé en las experiencias y las visiones de cada testimonio en particular.



Toby Allen (2013) *Anxiety*  
Ilustración digital



Shawn Coss (2016) Dissociative Identity Disorder  
Ilustración tradicional, tinta sobre papel

### SHAWN COSS

Inktober es un reto bastante popular que dura un mes, dedicado a artistas alrededor del mundo, donde se pretende dibujar durante los 31 días de Octubre siguiendo una lista de ideas creadas cada año por Jake Parker. Shawn Coss decidió rechazar la lista y seguir un tema más doloroso para él, representar enfermedades mentales durante todos los días del Inktober. Igual que Toby Allen, también le dedicó mucho tiempo a la investigación para hacer una representación correcta y en su página web deja una cosa muy clara respecto a ese proyecto:

*"The hardest part was to try to identify the illness in a single image, and while some may not relate to the symptoms shown, doesn't mean someone else can't. No two people who have the same mental health behavior may share the same symptoms or even severity of them."*

[ESP] *"Lo más difícil fue intentar identificar el trastorno en una sola imagen, y mientras algunos pueden no relacionarse con los síntomas representados, no quiere decir que alguien más tampoco pueda. No hay dos personas que tengan el mismo comportamiento de salud mental que puedan compartir los mismos síntomas o incluso la gravedad de ellos."*

El estilo artístico de este artista fue de lo primero que me cautivó. Me llevó de vuelta a las películas de Tim Burton, pero aumentando su tono siniestro. Aún y ser un artista de arte macabro, sus ilustraciones tienen un carácter sensible. Y no solamente de este pequeño proyecto, sino de su obra en general.

## **STUDIO GHIBLI**

### **Hayao Miyazaki - Isao Takahata**

Puedo sin duda alguna confesar que Studio Ghibli es mi estudio de animación favorito. Algunas de las animaciones que más me agradan de este estudio son aquellas dirigidas por Hayao Miyazaki por el concepto, la paleta de colores y el movimiento en general. Menciono a Isao Takahata por una animación en particular, La tumba de las luciérnagas. Fue la segunda película del estudio, que dejó marcados a muchos individuos. La historia, sin hacer ningún spoiler, está muy bien contada, pero está hecha de tal modo que no omiten las escenas tristes y mórbidas. Es una animación muy transparente.

Acogí esta idea de paletas de colores agradables a la vista, tonos poco saturados, y la combiné con la transparencia de tratar temas duros. Obviamente mi concepto no tiene nada que ver con la naturaleza cruel e imperdonable de la Segunda Guerra Mundial, pero aquello que yo pretendo es transmitir un mensaje sin darle muchas vueltas al asunto.



Hayao Miyazaki (2001) El viaje de Chihiro  
Animación / 2h 5min



Isao Takahata (1988) La tumba de las luciérnagas  
Animación / 1h 28min

## Conclusión

Haciendo este trabajo llegué a varias conclusiones. La primera es que resulta difícil representar a una persona con algún tipo de trastorno mental, pero lo que no se puede hacer es recurrir a estereotipos que resulten hirientes y ofensivos. Lo último que deberían hacer es usar la discapacidad de un individuo como motivo de burla. Es un tema muy delicado que requiere estudio y diplomacia si se pretende representar en los mass media. Estudiar y adaptar las diferentes variantes que supone tener un trastorno mental, no solamente usar las primeras tres definiciones del concepto en general.

Conocía el fenómeno de la teoría cognitiva, pero nunca bajo ese nombre sino explicado con palabras más simples pero similares a la definición original. Comprender que nuestros comportamientos están siendo condicionados por aquello que consumimos tiene suficientes datos como para dar pasos a debates y teorías interesantes. Debates como estos afloran siempre cuando hay algún tipo de tiroteo en Estados Unidos, ya que muchas veces culpan la existencia de los videojuegos violentos para justificar el comportamiento del criminal, aunque muchas veces no sea el caso.

Otra conclusión a la que llegué, aún y verla venir, es que no todo el mundo está preparado o quiere compartir información sobre sus trastornos. Es un aspecto tan personal y te hace sentir tan vulnerable, que a no ser que haya confianza entre las dos partes involucradas, nunca se hablará de ello. En las analíticas del post que dejé en Twitter, pude comprobar que mucha gente vio el mensaje y lo abrió para leer el contenido, sin embargo de todas esas personas solo un par quisieron compartir su experiencia. Y lo entiendo perfectamente, ya que yo también fui así, hasta que decidí que mis trastornos forman una parte importante de mí y mostrarlos y hablar de ellos en su sentido más puro e inalterado solo dejaría a mi alrededor personas capaces de comprender y aceptar como soy. No me importa compartir con extraños mi condición. Es más, lo hago con la intención de que se vea más normalizado hablar sobre el asunto, quitarle el estigma.

Para cerrar el trabajo y la conclusión, quiero añadir que todo el proceso fue el equivalente a una montaña rusa, pero con emociones amplificadas. Una característica de la ansiedad es que es capaz de hacerte entrar en un trance y obligarte a trabajar sin apenas descansar durante horas, días, semanas, etc., porque te hace creer que no tendrás suficiente tiempo para acabar sea lo sea que estés haciendo. Es una característica muy tóxica que a la larga deja secuelas, tanto en el sueño como en la salud del individuo.

A pesar de los obstáculos, me alegra muchísimo haber sido capaz de llevar a cabo un proyecto tan ambicioso en el medio de una pandemia, sin la necesidad hacer demasiados cambios. Y de invocar emociones en todos aquellos que lo vieron durante su montaje tanto como aquellos que lo verán en un futuro.



## Bibliografía y webgrafía

- (2015) *Concept Art: ¿qué es y por qué es tan importante?* Consultado el 24/05/2020 Disponible en: <<https://www.arteneo.com/blog/3d-blog/concept-art-que-es-por-que-es-importante/>>
- Allen, Toby (s.f) *About* Consultado el 27/05/2020 Disponible en <<https://www.zestydoesthings.com/about>>
- Allen, Toby (s.f) *F.A.Q.* Consultado el 27/05/2020 Disponible en <<https://www.zestydoesthings.com/faq>>
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). (2005). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR*. Barcelona: Masson.
- Bandura, A. (2001) *SOCIAL COGNITIVE THEORY: An Agentic Perspective*. Annual Review of Psychology Vol. 52: 1-26 Consultado el 08/04/2020 Disponible en: <<https://www.annualreviews.org/doi/full/10.1146/annurev.psych.52.1.1>>
- Cabello García, C. (2018). *La representación de la depresión en las series de televisión estadounidenses*. (Trabajo Fin de Grado Inédito). Universidad de Sevilla, Sevilla. Consultado el 05/04/2020 Disponible en: <<https://idus.us.es/handle/11441/79824?>>
- Coss, Shawn (2018) *I Illustrated Mental Illness and Disorders For Inktober* Consultado el 27/05/2020 Disponible en: <[https://www.boredpanda.com/for-inktober-i-focused-on-mental-illness-and-disorders/?utm\\_source=google&utm\\_medium=organic&utm\\_campaign=organic](https://www.boredpanda.com/for-inktober-i-focused-on-mental-illness-and-disorders/?utm_source=google&utm_medium=organic&utm_campaign=organic)>
- Coss, Shawn. (s.f.) *About* Consultado el 27/05/2020 Disponible en: <<https://shawncossart.com>>
- Hale, Mike (2017) *Las películas de Studio Ghibli, de mejor a peor* Consultado el 27/05/2020 Disponible en: <<https://www.nytimes.com/es/2017/10/14/espanol/cultura/studio-ghibli-hayao-miyazaki-listado.html>>
- Harris, R. J (2004) *A cognitive psychology of mass communication* 4th ed. Routledge; Edición: Revised. ISBN: 0-8058-4660-3
- Lawson, Andrea & Fouts, Gregory. (2004). *Mental Illness in Disney Animated Films*. Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie. 49. 310-4. 10.1177/070674370404900506. Disponible en: <[https://www.researchgate.net/publication/8510052\\_Mental\\_Illness\\_in\\_Disney\\_Animated\\_Films](https://www.researchgate.net/publication/8510052_Mental_Illness_in_Disney_Animated_Films)>
- Miller, Amy Sue Marie(2014) *Portrayals of mental illness and physical disability in 21st century children's animation* College of Arts & Sciences Senior Honors Theses. Paper 40. Consultado el 05/04/2020 Disponible en: <<https://ir.library.louisville.edu/honors/40/>>
- Rindfleisch, Aric & Shrum, L. & Burroughs, James. (2005). *Television's Cultivation of Material Values*. Journal of Consumer Research. 32. 473-479. 10.1086/497559. Disponible en: <[https://www.researchgate.net/publication/23547278\\_Television's\\_Cultivation\\_of\\_Material\\_Values](https://www.researchgate.net/publication/23547278_Television's_Cultivation_of_Material_Values)>

- Warner, L. (2020) *Cartoon Characters With Mental Disorders*. Consultado el 05/04/2020 Disponible en: <<https://www.findatherapist.com/blog/cartoon-characters-with-mental-disorders/>>
- Willwerth, J. (1993). *It hurts like crazy*. Time, 53.

## Videos Youtube

- Jeremy Zucker - all the kids are depressed (Official Video) / Publicado el 10 de mayo 2018 Consultado el 20/03/2020 <https://www.youtube.com/watch?v=uKxWP56VStM>
- Lauv - Superhero [Official Video] / Publicado el 30 de agosto 2018 Consultado el 20/03/2020 [https://www.youtube.com/watch?v=kb\\_e5U-kI7ak](https://www.youtube.com/watch?v=kb_e5U-kI7ak)

