

Resumen

Este trabajo propone el desarrollo de una experiencia inmersiva en vídeo 360° para reducir el estigma asociado a la esquizofrenia. A través de una narrativa que sitúa al espectador en la perspectiva de una persona con este trastorno, se busca fomentar la empatía y mejorar la comprensión hacia la enfermedad en su entorno cercano. Para ello, se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica sobre el uso de la realidad virtual en salud mental, junto con un análisis de referencias audiovisuales que han abordado la esquizofrenia desde distintos enfoques. A partir de esta investigación, se ha diseñado una propuesta de proyecto que incluye guionización, planificación técnica y la definición de recursos visuales y sonoros para representar los síntomas de manera fidedigna. Este proyecto responde a la escasez de iniciativas que utilicen el vídeo 360° como herramienta de sensibilización sobre trastornos mentales. Su aplicación puede extenderse al ámbito educativo y clínico, contribuyendo a la formación de profesionales y al desarrollo de estrategias de concienciación social.

Palabras clave

Realidad virtual, vídeo 360°, esquizofrenia, empatía, estigma, sensibilización.

Abstract

This project proposes the development of an immersive 360° video experience to reduce the stigma associated with schizophrenia. By placing the viewer in the perspective of a person with this disorder, the goal is to foster empathy and enhance understanding within their close environment. To achieve this, a bibliographic review on the use of virtual reality in mental health has been conducted, along with an analysis of audiovisual references that depict schizophrenia from different perspectives. Based on this research, a project proposal has been designed, including script development, technical planning, and the definition of visual and auditory resources to accurately represent symptoms. This project addresses the lack of initiatives utilizing 360° video as a tool for raising awareness about mental disorders. Its application could extend to educational and clinical settings, contributing to professional training and broader social awareness efforts.

Keywords

Virtual reality, 360° video, schizophrenia, empathy, stigma, awareness

1. Introducción

1.1. Marco Teórico

1.1.1. Concepto de Vídeo 360°

El término "realidad virtual", RV, fue acuñado inicialmente por Jaron Lanier, fundador de VPL Research, en 1989. Originalmente, el término se refería a "realidad virtual inmersiva", donde el usuario se sumerge por completo en un mundo artificial y tridimensional que se genera por gráficos por computadora. En la actualidad, debido a los avances tecnológicos y a la democratización de dispositivos como las gafas RV o las cámaras 360°, se han popularizado nuevos formatos de RV como el vídeo 360°, también conocido como "RV cinematográfica" (Archer y Finger, 2018: 13; Yaqoob et al., 2020: 2827-2828).

El vídeo 360° "graba en todas las direcciones resultando una imagen esférica en la que el espectador se sitúa en el centro y puede elegir hacia dónde dirigir su atención".

Equirectangular video comprised of multiple feeds shot simultaneously on multiple cameras that are then stitched and wrapped around a spherical viewer. The user is placed in the center of the sphere and is able to use head movements to change their viewing angle in the scene; the user is stuck to the spot from which the original camera was recording and cannot explore the scene beyond turning their head (Archer y Finger, 2018: 13).

Es un formato derivado de la tecnología RV que posibilita situar al espectador en una posición privilegiada, integrándose directamente en el centro de la narrativa gracias a la inmersividad inherente a este soporte.

El concepto de inmersividad hace referencia a la capacidad de la RV de acercar al espectador a una subjetividad casi total a través de dispositivos como las gafas RV, que proporcionan un aislamiento visual y auditivo al individuo favoreciendo experiencias sensoriales realistas. Dentro de los conceptos que se encuentran íntimamente relacionados con la inmersividad, cabe destacar la *sensación de presencia*. La relación exacta entre estos dos conceptos a veces es confusa (Cummings y Bailenson, 2015: 1-3).

Se ha demostrado que a través de la toma de perspectiva es posible fomentar cualidades positivas, como la reducción de los estereotipos, la comunicación mejorada, y la construcción de actitudes favorables y comportamientos de ayuda hacia aquellos en situaciones adversas que son ajenas a nuestra propia experiencia individual (Sánchez-Vives y Slater, 2005: 338; Maselli y Slater, 2013; Domínguez-Martín, 2015: 415; Archer y Finger, 2018: 17).

1.1.2. Salud mental

En la actualidad, la importancia de la salud mental ha adquirido una relevancia sin precedentes, derivada por un aumento significativo en la atención pública y académica sobre el tema. Según el estudio de García Copín et al. (2023: 6), el 22,8% de la población española tiene experiencia propia en salud mental. El 18,9% consume psicofármacos. Y un 26,2% acude actualmente a un especialista en salud mental.

La prevalencia de trastornos mentales ha ido en aumento y la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha constatado que, aproximadamente, una de cada ocho personas en el mundo vive con un trastorno mental (OMS, 2022: 3).

En España, el informe *Salud mental en datos* (González Gómez et al., 2020: 6) ha analizado la prevalencia de los diferentes trastornos en la población:

- *El trastorno de ansiedad*: es el problema de salud mental más frecuente, afectando al 6.7% de la población.
- *El trastorno depresivo*: afecta al 4.1% de la población, aumentando con la edad.
- *Los trastornos del sueño*: afectan al 5.4% de la población (15.8% en mujeres).
- *Las psicosis*: en conjunto afectan al 1.2% de la población, siendo la más frecuente la psicosis afectiva (0.72%).

Se entiende como psicosis al conjunto de síntomas que afectan la mente y que hacen que se pierda cierto contacto con la realidad (National Institute of Mental Health, 2023: 1). La *Clasificación Internacional de Atención Primaria* (CIAP-2) cataloga las psicosis en tres códigos diferentes: psicosis afectiva, esquizofrenia y otras psicosis. Además, en un código aparte se denotan las psicosis orgánicas (González Gómez et al., 2020: 37).

La **esquizofrenia** es una enfermedad mental grave que afecta directamente a la forma en que una persona piensa, siente y se comporta (National Institute of Mental Health, 2021: 8).

Es un trastorno mental grave por el cual las personas interpretan la realidad de manera anormal. La esquizofrenia puede provocar una combinación de alucinaciones, delirios y trastornos graves en el pensamiento y el comportamiento, que afecta el funcionamiento diario y puede ser incapacitante¹.

La esquizofrenia suele manifestarse en la adolescencia tardía o en la adultez temprana. Los hombres tienden a presentar síntomas antes que las mujeres. Cabe destacar que la prevalencia global de esta patología es de aproximadamente 0.3-0.7% de la población general².

1.2. Estado de la cuestión

Pese a los avances en materia de salud mental, la estigmatización de las patologías psicológicas, como la esquizofrenia, persiste como una barrera significativa para la integración social y el acceso a tratamientos adecuados. Las personas con trastornos mentales con frecuencia deben afrontar una doble problemática: por un lado, la sintomatología propia de su enfermedad y, por otro, lidiar con el estigma. (Arnaiz y Uriarte, 2006: 49).

La estigmatización dificulta la detección precoz y la adhesión al tratamiento, vulnera al paciente a experimentar recaídas, intensifica su sintomatología psicótica, genera perjuicios en la construcción de la identidad, autoestima y autonomía e interfiere significativamente en el proceso de tratamiento y reinserción social ocupacional del sujeto (Oyarce et al., 2017: 15).

^{1,2}: Mayo Clinic. (s. f.). Esquizofrenia. Mayo Clinic.
<https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/schizophrenia/symptoms-causes/svc-20354443>

El estigma ha sido definido como comportamientos, señales o marcas físicas de una persona o grupo de personas que indican hechos, acontecimientos peligrosos o conductas de riesgo, que escapan de la norma o constituyen un hecho vergonzoso (León Castro, 2005: 35). El principal peligro del estigma hacia la enfermedad mental reside en las consecuencias negativas que puede acarrear en los pacientes y sus familiares, transformándose en la barrera principal para lograr su plena inclusión social. A menudo, estas personas encuentran diversas dificultades en su vida cotidiana, como no poder acceder a espacios laborales o educacionales normalizados, o no poder establecer relaciones de amistad o de pareja (Mascayano Tapia et al., 2015: 53). Por todo esto, será crucial que la creciente preocupación actual por la salud mental se traduzca también en un incremento de los esfuerzos para acabar con el estigma, facilitando un entorno más inclusivo y comprensivo para quienes padecen estos trastornos.

Existen estudios que constatan que la RV es una herramienta muy útil a la hora de generar respuestas empáticas e, incluso, en el tratamiento de ciertas patologías mentales (De la Peña et al., 2010; Archer y Finger, 2018; Barnes et al., 2024). Por ello, se puede deducir que es probable abordar el estigma apegado a procesos mentales severos desde la perspectiva única que ofrece la RV y el vídeo 360°.

Al poder narrativo para establecer la conexión entre espectador e historia se suma el tecnológico. El lenguaje y la narrativa audiovisual en este formato están por descubrirse y esto debe hacerse mediante la experimentación para que conceptos como inmersividad, presencia o empatía puedan reforzarse (Ivars-Nicolas, 2023: 14).

Una tecnología con tal grado de inmersión como la RV permitirá generar un escenario visual y sonoro apropiado y adaptado, que no sólo expondrá la sintomatología en diferentes situaciones o grados, sino que servirá para poner al espectador en la piel del paciente mostrándole su rutina, en qué momentos y qué agravantes pueden llegar a producir crisis, los efectos que puede causar el tratamiento, y demás cuestiones que suelen dejarse de lado cuando se habla de este trastorno.

1.3.1. La influencia de la RV en trastornos mentales

En cuanto al trabajo de revisión bibliográfica, en una vista preliminar, se puede deducir que existe un gran número de estudios relacionados con la RV y los trastornos mentales. La mayoría suele focalizarse en la experimentación y el uso de la RV en terapias y tratamientos de pacientes con dichas patologías. Incluso, en procesos rehabilitadores tanto físicos como psicológicos (Brito y Vicente, 2018; Bell et al. 2020; Rodríguez et al. 2020; Asiain, 2023; Granda, 2023; Barnes et al., 2024).

De entre todos ellos, cabe destacar un reciente estudio de Barnes et al. (2024) titulado *Realidad virtual en salud mental y en la rehabilitación de conductas violentas*. Muestra la RV como una herramienta para el tratamiento de diferentes trastornos o fobias. Esta investigación se centra en las posibles aplicaciones en materia de salud mental, incluido su uso terapéutico, en patologías como la ansiedad social, el trastorno de estrés postraumático, la paranoia o la esquizofrenia, así como en la rehabilitación de personas condenadas por delitos violentos.

En este caso, la base para la justificación de la psicoterapia a través de la RV se focaliza en la *terapia de exposición cognitivo conductual*, donde el paciente es expuesto gradualmente a diferentes situaciones que pudieran generarle estrés, siendo guiados durante todo este proceso por un terapeuta que les ayuda a canalizar la ansiedad y a relativizar su comportamiento (Barnes et al., 2024: 12).

En este aspecto, se considera a la RV como una excelente herramienta para el proceso de terapia de exposición en particular. Esta posee una serie de particularidades “que han demostrado ser propiedades específicas que permiten la comprensión y el entrenamiento del reconocimiento de emociones, control y empatía de una manera experiencial exclusiva” (Barnes et al., 2024: 25).

1.3.2. La RV en la lucha contra el estigma

Al comienzo de la revisión bibliográfica, como se menciona en el apartado anterior, se ha evidenciado una gran cantidad de artículos. Es aquí donde entran en juego varias palabras clave como “empatía” o “estigma”, que han facilitado el acceso a aquellas contribuciones que se pueden relacionar con el objeto de estudio.

Marques et al. (2022), en su estudio *Impact of a Virtual Reality-Based Simulation on Empathy and Attitudes Toward Schizophrenia*, comprobaron como la reproducción de síntomas psicóticos en comparación con observar un vídeo en 2D reducía el estigma asociado a las personas que padecen esquizofrenia. Para ello, 102 estudiantes universitarios pertenecientes a carreras relacionadas con la salud fueron sometidos a un experimento en el que estos debían realizar tareas cognitivas mientras se exponían progresivamente a estímulos externos que reproducen los síntomas de la esquizofrenia a través de un programa de RV (Marques et al., 2022: 3). El diseño del entorno en RV sobre el que se desarrolla dicho estudio era en CGI, simulando la habitación real donde se realizaba la prueba para proporcionar una mayor inmersión (Marques et al., 2022: 4).

Por otro lado, en el estudio *The virtual doppelganger: effects of a virtual reality simulator on perceptions of schizophrenia* se reclutó a un total de 112 participantes (68 mujeres, 44 hombres, con una edad media 22,25 años) para someterlos a 4 condicionantes: condicionante de empatía, condicionante de simulación RV, condicionante de simulación RV + empatía y control.

The results indicated that the virtual simulation empathy condition induced greater empathy and more positive perceptions toward people suffering from schizophrenia than the control or written empathy-set condition. (Kalyanaraman, et al., 2012: 437).

Es importante resaltar este estudio ya que se trata de uno de los pioneros en el uso de RV para luchar contra los estereotipos y mejorar la empatía hacia las personas con esquizofrenia. Se utilizó una interfaz de RV que se podría considerar “primigenia”, la cual dista de las actuales y típicas

gafas, con sensores de seguimiento más “rudimentarios” que el actual giroscopio implementado en interfaces RV. El simulador de RV estaba diseñado para llevar al usuario a través de múltiples escenarios de experiencia a través de entornos CGI. Concretamente, se ubicó al usuario directamente en el punto de vista de una persona con esquizofrenia que visita la farmacia de un supermercado para entregar una receta y obtener un medicamento perdido (Kalyanaraman, et al., 2012: 439).

Otros estudios que podrían guardar relación son *Valoración por parte de los profesionales de educación de un videojuego (stigma-stop) para sensibilizar en el aula sobre los problemas de salud mental: un estudio preliminar* (Cangas et al., 2017) y *Estudio preliminar de la utilidad de un programa de realidad virtual contra el estigma en salud mental* (Cangas y Galván, 2020). Estos dos artículos presentan estudios preliminares para evaluar la utilidad del videojuego “Inclúyete RV” (anteriormente Stigma-Stop) desarrollado por Inclúyete, una iniciativa socioeducativa inclusiva llevada a cabo en colaboración entre la Universidad de Almería y la Fundación Pública Andaluza para la Integración Social de Personas con Enfermedad Mental (FAISEM), con la participación de diversas instituciones vinculadas a la salud mental en Almería. “Inclúyete RV”³ es una herramienta destinada a concienciar y sensibilizar a los jóvenes sobre el estigma en torno a la salud mental, utilizando la historia de cuatro personajes que sufren diferentes trastornos mentales como esquizofrenia, agorafobia, trastorno bipolar o depresión (Cangas et al., 2017: 2). Ambos estudios demostraron la utilidad del programa recomendando su uso para la comprensión de lo que supone vivir con los mencionados trastornos psicológicos y cómo trabajar con el estigma (Cangas et al., 2017: 4-5; Cangas y Galván, 2020: 51).

Por último, se ha observado un interesante estudio teórico de Ling Tay (2023) llamado *Effectiveness of Augmented and Virtual Reality-Based Interventions in Improving Knowledge, Attitudes, Empathy and Stigma Regarding People with Mental Illnesses-A Scoping Review*. Esta investigación tiene como objetivo evaluar la efectividad de las intervenciones de AR o de RV para mejorar el conocimiento, las actitudes, la empatía y el estigma con respecto a las personas con enfermedades mentales. (Tay et al., 2023: 1).

Las conclusiones de este estudio encontraron que dichas intervenciones mejoran potencialmente el conocimiento, las actitudes, la empatía y reducen el estigma hacia las personas con trastornos mentales (Tay et al., 2023: 4).

Cabe destacar que todos los artículos que pueden enmarcarse en esta vista preliminar trabajan sobre imagen generada por ordenador o CGI, por lo que se deduce que no existe apenas bibliografía ni experimentación sobre las posibles aportaciones o beneficios del vídeo 360° en este ámbito.

1.3.3. Referencias audiovisuales

También se ha realizado una búsqueda de referencias visuales en la que se han encontrado varios “simuladores de esquizofrenia”, algunos de ellos en vídeo tradicional y otros en vídeo 360°.

Aunque esta búsqueda se centra en los vídeos 360° , por su relevancia, es conveniente tener en cuenta algunos proyectos de diversa índole. Con todo esto hemos seleccionado las siguientes referencias:

- *Schizophrenia Simulator*⁴ (That Rick 904, 2018): realizado con cámaras tradicionales, parece más un documental sobre la rutina de una persona con esquizofrenia que una simulación como tal. Presenta algunos planos subjetivos y efectos sonoros interesantes que podrían ser de utilidad para este proyecto, pero, a su vez, genera una atmósfera un tanto tétrica.
- *A Simulation of Auditory and Visual Hallucinations in Schizophrenia and Bipolar Disorder Mania*⁵ (Messatzzia, 2024): vídeo convencional realizado completamente en plano secuencia. Este vídeo es un fragmento de *Mindstorm*, un programa de software desarrollado por Janssen. El programa permitía a los participantes usar un casco de RV junto con otros dispositivos para experimentar los síntomas de la esquizofrenia y el trastorno bipolar. Aunque describe una ambientación oscura, se justifica con la paranoia que sufre el sujeto. Resulta interesante que se haya tenido en cuenta aspectos como la medicación o la respiración.

⁴: That Rick 904 (2018, 15 marzo). Schizophrenia Simulator. YouTube. <https://www.youtube.com/watch?v=AYbZyF-egwY>

⁵: Messatzzia, R. (2024, 2 abril). A Simulation of Auditory and Visual Hallucinations in Schizophrenia and Bipolar Disorder Mania. YouTube. <https://www.youtube.com/watch?v=NyUghbPD2tc&t>

- *Schizophrenia: A Broken Mind 360*⁶ (Cohen, 2016): vídeo 360° que combina CGI con imagen real y que hace distinciones entre distintos tipos de esquizofrenia. El autor describe las experiencias descritas como representaciones artísticas de la enfermedad. Nuevamente, en la representación de esquizofrenia paranoide se vuelve a generar un ambiente tétrico, con voces, efectos visuales y sonoros innecesariamente distorsionados. No presenta ningún recurso destacable.
- *Schizophrenia VR Demo*⁷ (360immersive, 2018): pequeña muestra en vídeo 360° de una aplicación desarrollada por *360 Immersive* que ofrece a los usuarios una perspectiva de la mente de una persona que sufre de esquizofrenia. Esta aplicación busca una finalidad primordialmente cognitiva, ya que describe diversas situaciones de crisis, así como protocolos o guías de actuación antes estos casos a través de la aparición de un narrador en escena. Puede que los grafismos, la inclusión de voces en off y el *acting* del sujeto sean recursos a tener en cuenta para la fase de experimentación de esta investigación.
- *Hellblade: Senua's Sacrifice*⁸ (Ninja Theory, 2017): es un videojuego de acción y aventura que sigue la historia de Senua, una guerrera picta que se embarca en una misión a tierras nórdicas para rescatar el alma de su amado de manos de dioses oscuros. Senua tiene esquizofrenia, por lo que experimenta alucinaciones visuales y auditivas, escuchando voces que la critican, la alientan o la guían. Su viaje por entornos desorientadores, acompañada de visiones, personajes irreales y distorsiones visuales, reflejan la lucha interna y la desconexión de la realidad que puede acompañar a este trastorno. El equipo de desarrollo trabajó con neurocientíficos y personas con experiencia directa en trastornos psicóticos para representar de manera precisa y respetuosa la esquizofrenia⁹. Todos los recursos audiovisuales son interesantes como inspiración para este proyecto.

⁶: Cohen, E. (2016, 26 agosto). Schizophrenia: A Broken Mind 360°. YouTube.

<https://www.youtube.com/watch?v=KlwlHkpKsl4&>

⁷: 360immersive (2018, 8 marzo). Schizophrenia VR Demo. YouTube.

<https://www.youtube.com/watch?v=f8ie0qzdri0>

⁸: Ninja Theory (2017, 8 agosto). Hellblade: Senua's Sacrifice. Hellblade.com. <https://www.hellblade.com/>

⁹: McFerran, D. (2017, 19 julio). Why Hellblade is the world's biggest indie game. RedBull.com.

<https://www.redbull.com/gb-en/hellblade-ninja-theory-interview>

Tanto los vídeos tradicionales como los 360° describen el punto de vista de una persona con esquizofrenia, pero proporcionan una visión un tanto tétrica de la enfermedad. No obstante, cabe destacar que algunos efectos visuales y sonoros pueden ser una referencia a tener en cuenta.

Como conclusión global, se puede observar que existen diversos estudios centrados en la desestigmatización de trastornos mentales mediante proyectos RV, así como vídeos en formato 360° que describen los síntomas de esta patología, pero, con todo esto, podemos encontrar varias características que los diferencian de la hipótesis y los objetivos de este trabajo:

- No se ha encontrado ningún proyecto de vídeo 360° dirigidos a reducir el estigma y aumentar el conocimiento respecto a trastornos mentales. La naturaleza de este proyecto es el uso de dicho formato para luchar contra este estigma.
- Todos los artículos de investigación trabajan con CGI. El objetivo de este proyecto es realizar una pieza en vídeo 360° e investigar su funcionalidad.
- La mayoría de los estudios buscan un fin terapéutico en lugar de tratar de lograr una toma de perspectiva. Este proyecto busca generar una respuesta empática a través de la RV.
- Los proyectos RV existentes se suelen basar en la sintomatología. La idea no es solo basarse en esto, sino incluir más factores como la rutina, la medicación, situaciones de estrés, etc...
- Algunos proporcionan una visión un tanto terrorífica de la enfermedad. Esto puede contribuir al estigma, por lo que se trata de normalizar la esquizofrenia y proporcionar una visión más cotidiana y llevadera de la misma.
- Se encuentra una dificultad notable de acceso a estos proyectos.

1.3. Hipótesis

Este trabajo pretende mostrar que el vídeo 360° puede ser un instrumento audiovisual que, a través de la narrativa y lenguaje audiovisual empleado, contribuye a reducir el estigma apegado hacia los síntomas de pacientes con esquizofrenia en las personas de su entorno cercano. Además, puede servir como medio de concienciación para un público general, desconocedor de lo que implica convivir con personas con dichos trastornos.

1.4. Objetivos

Para la resolución de este proyecto, se ha realizado una división de objetivos en principal y varios objetivos específicos, concluyendo en los siguientes:

- **Objetivo principal:**

Minorizar el estigma apegado a la esquizofrenia, rompiendo con los tópicos o estereotipos que en la mayoría de los casos rodean a este tipo de patologías, a través del vídeo 360°.

El público objetivo de este proyecto se focaliza en familiares, amigos, cuidadores y demás personas dentro del entorno de pacientes de esquizofrenia: este grupo, al estar en contacto directo con los pacientes, desempeñan un papel fundamental en el proceso de recuperación. A menudo, estas personas carecen de información precisa sobre la esquizofrenia, por lo que les cuesta adaptarse a esta nueva situación. El video 360° les ayudará a comprender mejor la realidad de los pacientes, fomentando empatía y sensibilidad en torno a su experiencia.

- **Objetivos específicos:**

- **Investigar y conocer las posibilidades del vídeo 360° de influir en las emociones y la empatía:** observar y contrastar los recursos que ofrece esta tecnología para influir en las emociones de las personas y cómo puede generar empatía en el espectador.

- **Elaborar una propuesta de recursos empleados que simulen determinados estados en el paciente:** para trasladarlos al espectador de forma adecuada, con el fin de fomentar la empatía en el público objetivo con respecto a los pacientes de esquizofrenia.
- **Proponer el diseño de una pieza audiovisual:** al tratarse de una propuesta, este proyecto se centrará únicamente en desarrollar la fase de preproducción, que incluye toda la documentación y planificación necesaria para llevarla a cabo.
- **Proporcionar a los nuevos pacientes herramientas de adaptación emocional y social:** para ayudarles a aceptar el diagnóstico y prepararse para su tratamiento y desarrollo personal.
- **Concienciar a familiares y amigos para crear un entorno social favorable e inclusivo:** para intentar que los pacientes puedan sentirse cómodos tanto en el ámbito intrafamiliar, profesional y social, ya que muchas de estas personas suelen ser discriminadas e incluso juzgadas por sufrir este tipo de trastornos.

2. Realización del proyecto

Para la consecución de los objetivos que se han propuesto en este proyecto, será necesario llevar a cabo los siguientes pasos:

1. Revisión bibliográfica basada en el formato de vídeo 360° con relación a la esquizofrenia o la estigmatización de la misma o de otras patologías similares.
2. Búsqueda videográfica de contenidos en vídeo 360° sobre el asunto.
3. Análisis de las piezas seleccionada que, aunque no sean en formato 360°, sirvan para extraer criterios, técnicas o recursos de cara a estudiar la viabilidad para su implementación en este proyecto.

Tabla 1: Recursos de interés extraídos de las referencias audiovisuales. Fuente: elaboración propia.

Videos	Recursos visuales	Recursos sonoros	Otros
<i>Schizophrenia Simulator</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Uso de planos subjetivos - Distorsión de la imagen - Efecto de parpadeo ocular - Alucinaciones y delirios con VFX 	<ul style="list-style-type: none"> - Alucinaciones auditivas susurrando mentalmente - Distorsión del sonido - Apoyo sonoro para alucinaciones 	<ul style="list-style-type: none"> - Vídeo tradicional - Elipsis temporales - Interacción con objetos y personas
<i>A Simulation of Auditory and Visual Hallucinations in Schizophrenia and Bipolar Disorder Mania</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Completamente en plano subjetivo - Transiciones con fundidos a blanco y a negro - Uso del color para diferenciar estados de ánimo - Alucinaciones y delirios con VFX 	<ul style="list-style-type: none"> - Alucinaciones auditivas hablando mentalmente paneados a izquierda y derecha 	<ul style="list-style-type: none"> - Vídeo tradicional - Elipsis temporales - Referencia a la medicación - Interacción con objetos y personas
<i>Schizophrenia: A Broken Mind 360°</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Distorsión de la imagen - Grafismos - Uso del color para diferenciar estados de ánimo 	<ul style="list-style-type: none"> - Sonido de latidos del corazón 	<ul style="list-style-type: none"> - Vídeo 360°
<i>Schizophrenia VR Demo</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Visión borrosa - Distorsión de la imagen 		<ul style="list-style-type: none"> - Vídeo 360° - Interacción con otras personas
<i>Hellblade: Senua's Sacrifice</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Alucinaciones visuales: personas, visiones, etc... - Visión borrosa - Distorsión de la imagen 	<ul style="list-style-type: none"> - Alucinaciones auditivas susurrando mentalmente 	<ul style="list-style-type: none"> - Videojuego - Trabajo con neurocientíficos y personas con trastornos

4. Detectar, idear y desarrollar rasgos, formas o métodos que fomenten la empatía y conecten con el público, experimentando con nuevas formas narrativas, de comunicación o expresión que contribuyan a generar reacciones en el espectador dentro del entorno RV.
5. Clasificar u organizar dichos rasgos o métodos dirigidos a plasmar los comportamientos y sensaciones de los pacientes de esquizofrenia para transmitirlos adecuadamente al espectador.
6. Idear y planificar una pieza en vídeo 360° capaz de cumplir los objetivos marcados en este proyecto, limitándose estas acciones únicamente al desarrollo de la fase de preproducción.

2.1. Realización de la pieza

2.2.1. Preproducción

El proceso de preproducción de un producto de esta índole será sustancialmente parecido a la estructura que sigue este proceso para la realización de una pieza de vídeo convencional. Sin embargo, existen ciertas particularidades propias del formato de vídeo 360° que requieren ciertas adaptaciones en las fases de planificación, guionización y producción.

Destaca la necesidad de desarrollar la narrativa para un entorno inmersivo, considerando que el espectador tiene libertad para dirigir su mirada en cualquier dirección dentro del entorno virtual. Por otro lado, el diseño de sonido será fundamental para guiar la atención del usuario y reforzar la sensación de presencia. Asimismo, la disposición de los elementos en el espacio escénico y la coreografía de los actores deben ajustarse para mantener la coherencia, evitar la aparición de elementos técnicos en la toma, como trípodes o equipos de grabación. También hay que tener en cuenta que las tomas deben tener un pequeño periodo de adaptación al entorno del usuario, es decir, un tiempo inicial para que el mismo explore y asimile el nuevo entorno en el que se encuentra. Por último, será necesario ensayar a conciencia todos los aspectos relativos a la interpretación de la escena previamente, ya que en este tipo de narrativas prima el plano secuencia.

2.2.1.1. Fase de documentación

Aunque se ha llevado a cabo un proceso de documentación dentro del marco teórico, analizando estudios previos sobre la RV y la esquizofrenia y obteniendo referencias visuales que puedan ser de utilidad a la hora de representar la patología, será necesario profundizar y obtener otros puntos de vista respecto a la esquizofrenia con la finalidad de plasmar la realidad de estas personas de forma fidedigna, sin caer en viejos estereotipos o estigmas.

Entrevistas con pacientes

Es de vital importancia complementar esta fase de documentación con un acercamiento a testimonios reales de personas que viven con esquizofrenia. Esta labor ha sido facilitada por la compañera del Grado en Psicología Adriana Jerez, quien ha reunido a un grupo de pacientes de esquizofrenia para llevar a cabo una serie de entrevistas con el fin de obtener un análisis cuantitativo de aspectos de la enfermedad como estrategias de afrontamiento, red de apoyo o tratamiento y adherencia. La tabla que recoge estos datos se puede encontrar en el Anexo 1 de este documento.

A través de este análisis de los testimonios recogidos en dos sesiones de entrevistas, se han identificado varias categorías clave en la experiencia de los pacientes. En cuanto al diagnóstico, se observó que muchas personas han pasado por varios diagnósticos antes de recibir el adecuado, y aunque el diagnóstico de esquizofrenia genera alivio, también implica el reto de aceptar su cronicidad. Respecto a los síntomas, destacan el trastorno del ánimo, el consumo de drogas como desencadenante, las alucinaciones y la baja autoestima.

En términos de tratamiento y adherencia, se evidencia una preferencia por los antipsicóticos inyectables debido a una mejor tolerancia en comparación con los tratamientos orales. Además, la red de apoyo juega un papel esencial, especialmente el respaldo familiar y la inclusión en grupos de apoyo. En cuanto a las estrategias de afrontamiento, los pacientes enfatizan la importancia del autocuidado, evitar situaciones de riesgo y mantenerse ocupados.

Por otro lado, el estigma y autoestigma son factores relevantes, ya que muchos participantes han experimentado discriminación, rechazo y falta de comprensión, lo que impacta negativamente en su bienestar emocional. A pesar de esto, buscan estrategias para manejar la percepción social, desarrollar resiliencia y encontrar espacios de aceptación y empatía.

Síntomas de la esquizofrenia

Con el fin de lograr una representación fiel y empática de la enfermedad, es necesario realizar una investigación aún más exhaustiva si cabe sobre la sintomatología de la esquizofrenia.

La forma más sencilla para determinar cuáles son los síntomas de la esquizofrenia y cómo afectan a la persona diagnosticada, es acudir al principal manual diagnóstico empleado por profesionales de la salud. El **DSM-5-TR** (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, Text Revision*) publicado en 2013 por la Asociación Estadounidense de Psiquiatría, es el texto revisado en 2024 de la quinta actualización del “**Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales**”, y se trata de la principal herramienta para la clasificación y diagnóstico de trastornos mentales.

Para el diagnóstico de esquizofrenia, el DSM-5-TR establece que deben producirse dos o más de los siguientes síntomas, que cada uno de ellos debe estar presente durante una parte significativa de tiempo durante un período de un mes (o menos si se ha tratado con éxito) y, que, al menos, uno de ellos ha de ser uno de los tres primeros (American Psychiatric Association: 113-114):

1. Delirios.
2. Alucinaciones.
3. Discurso desorganizado.
4. Comportamiento muy desorganizado o catatónico.
5. Síntomas negativos.

La esquizofrenia presenta una variedad de síntomas que pueden dividirse en síntomas positivos y negativos (American Psychiatric Association: 101-103):

Síntomas positivos

Los síntomas positivos son aquellos que agregan una distorsión o exageración a las funciones normales:

- **Delirios**: Los delirios son creencias firmes que no se basan en la realidad y que no cambian a pesar de la evidencia en contra. Los tipos de delirios incluyen entre otros:
 - Delirios persecutorios: la persona cree que alguien o algo le está persiguiendo o intentando hacerle daño.
 - Delirios referenciales: la persona interpreta eventos comunes o triviales como si estuvieran dirigidos específicamente a ella.
 - Delirios de grandeza: la persona se considera a sí misma excepcional, poderosa o famosa, y puede creer que tiene habilidades o poderes especiales.
 - Delirios erotomaníacos: la persona cree que otra persona (generalmente de un estatus social superior o desconocida) está enamorada de ella.
 - Delirios nihilistas: la creencia de que uno mismo, el mundo o aspectos de la realidad no existen, están por desaparecer o han sido destruidos.
 - Delirios somáticos: creencias o preocupaciones falsas relacionadas con su cuerpo o salud.
 - Delirios extravagantes: la persona pierde el control sobre sus pensamientos o acciones. Existen tipos específicos:
 - **Inserción del pensamiento**: creer que alguien está "insertando" pensamientos en su mente.
 - **Robo del pensamiento**: pensar que alguien le está "robando" los pensamientos.
 - **Delirios de control**: creer que alguien está influyendo directamente en sus pensamientos o en sus acciones.
- **Alucinaciones**: son percepciones sensoriales sin un estímulo externo real. En la esquizofrenia, las alucinaciones auditivas son las más comunes. La persona puede escuchar voces que no existen en la

realidad. Estas voces pueden ser neutrales, críticas o incluso aterradoras. También se pueden producir alucinaciones visuales, olfativas, táctiles o gustativas. La persona puede ver cosas que no existen, sentir olores extraños, tener sensaciones en la piel o sabores inusuales sin ninguna causa.

- Pensamiento (discurso) desorganizado: se manifiesta en la incapacidad para organizar pensamientos de forma coherente y comunicarlos claramente, derivando en frases que no tienen sentido o incompletas. También se puede presentar:
 - Descarrilamiento o asociaciones laxas: saltar de un tema a otro sin relación aparente, lo que dificulta la comunicación.
 - Tangencialidad: las respuestas a preguntas pueden estar indirectamente relacionadas o no estarlo en absoluto.
 - Incoherencia o “ensalada de palabras”: en raras ocasiones, el discurso puede estar tan desorganizado que es prácticamente incomprensible y se asemeja a una afasia sensorial en su desorganización lingüística.
- Comportamiento motor muy desorganizado o catatónico: incluye una gama de conductas impredecibles o inapropiadas, que pueden afectar la vida diaria:
 - Comportamiento desorganizado: se puede manifestar de diversas formas, desde tonterías infantiles hasta agitación impredecible. Puede acarrear dificultades para focalizar el comportamiento en un objetivo, provocando problemas para llevar a cabo actividades cotidianas.
 - Catatonía: alteración motora que puede ir desde una inmovilidad extrema y la ausencia total de respuestas verbales (estupor y mutismo), pasando por la resistencia a llevar a cabo instrucciones (negativismo), hasta una excitación intensa (excitación catatónica). Otras características son los movimientos estereotipados repetidos, la mirada fija, las muecas, el mutismo y la ecolalia.

Síntomas negativos

Los síntomas negativos implican la pérdida o disminución de funciones normales y, generalmente, afectan la capacidad de la persona para experimentar emociones y llevar a cabo actividades diarias. Algunos de los síntomas negativos más comunes son:

- Expresión emotiva disminuida o afecto plano: reducción en la expresión emocional, lo que se observa en una disminución de expresiones faciales, tono de voz plano o falta de gestos emocionales.
- Abulia: carencia de motivación, lo que afecta a la capacidad para iniciar y mantener actividades, como trabajar, estudiar o realizar tareas básicas de autocuidado.
- Alogia: se refiere a una pobreza en el contenido del habla. Las personas pueden hablar poco, responder con monosílabos o no mostrar interés en participar en conversaciones.
- Anhedonia: incapacidad para experimentar placer a partir de estímulos positivos o la degradación del recuerdo del placer experimentado previamente.
- Aislamiento social o asocialidad: tendencia a aislarse de los demás y a evitar relaciones sociales, lo cual afecta su vida social y laboral. Puede estar asociada a la abulia.

Representación audiovisual de los síntomas de la esquizofrenia

Los síntomas de la esquizofrenia suelen aparecer entre la adolescencia tardía y la mitad de la treintena de edad (la aparición antes de la adolescencia es poco común). El pico en la edad de inicio se sitúa al comienzo y la mitad de la veintena en los varones y a finales de la veintena en las mujeres (American Psychiatric Association: 117), por lo que la edad óptima que debe tener la persona protagonista será unos 27 años.

Por otro lado, la mayoría de la representación visual de los síntomas en este proyecto requieren de la interpretación de un actor o actriz, aunque la representación de algunos de ellos, sobre todo los síntomas positivos, recaerá en los efectos visuales y sonoros en posproducción.

Tabla 2: Representación audiovisual de síntomas en video 360°. Fuente: elaboración propia.

Síntomas		Representación	
Delirios	Delirios persecutorios	Interpretación	La persona protagonista se mostrará temerosa porque alguien no la deja en paz.
	Delirios referenciales	Posproducción	Aparecerán programas de TV, de radio, canciones que hagan referencia al protagonista.
	Delirios de control	Interpretación	La persona sentirá que no es dueña de sí misma, se sentirá sin control de su propio ser.
Alucinaciones	Auditivas	Posproducción	Las voces que se reproducen en la mente del protagonista serán incluidas mediante edición.
	Visuales	Posproducción	La persona verá representaciones distorsionadas e irreales, e incluso personas. Estas últimas aparecerán y desaparecerán creando confusión y desdibujando la línea entre lo que es real y no.
Pensamiento (discurso) desorganizado	Discurso desorganizado	Interpretación	Se mostrará nerviosismo por no saber organizar los pensamientos, y su discurso se mostrará incoherente en el punto más fuerte de la crisis. La persona protagonista saltará de un tema a otro en los momentos de mayor estrés.
	Descarrilamiento o asociaciones laxas		
Síntomas negativos	Anhedonia	Interpretación	Descubrirá que sus buenos recuerdos están alterados, y será incapaz de sentir la felicidad que sintió a partir de los mismos.
	Abulia/ Aislamiento social	Interpretación	La persona carece de motivación para entablar nuevas relaciones sociales, lo cual deriva en un aislamiento, concretamente en su cuarto, el cual verá como su único entorno seguro. A su vez, debido a la abulia, este entorno estará desorganizado.

Toda la producción y posproducción también puede verse reforzada a través de los recursos característicos del video tradicional, como efectos sonoros, como por ejemplo latidos cada vez más intensos para generar estrés; efectos foley, para recrear sonidos que no se hayan recogido bien en el momento de grabación de la escena; música, para generar ambiente; o efectos visuales como el croma, la rotoscopia, las transiciones, la gradación de color, etc...

3. Resultados del proyecto

3.1. Diseño de personajes

MARCOS

Perfil

- Edad: 27 años.
- Género: masculino.
- Ocupación: diseñador gráfico en una pequeña agencia de marketing. Trabaja en equipo, es responsable y suele cumplir con los plazos establecidos. En algunos momentos de crisis necesita reorganizarse, pero se exige así mismo como el que más para cumplir con su horario. Posee una gran capacidad creativa y talento, lo que provoca una gran cantidad de halagos por parte de sus compañeros, lo que le motiva a seguir creciendo como profesional.
- Lugar de residencia: vive en su propio piso, un espacio con toques muy personales que reflejan su amor por el arte en todas sus formas: bocetos, posters de películas de ciencia ficción como Blade Runner y su escritorio de trabajo con herramientas de diseño, tableta gráfica y PC.

Rasgos psicológicos

- Diagnóstico: esquizofrenia.
- Síntomas:
 - Positivos: alucinaciones visuales y auditivas ocasionales, y

delirios persecutorios, que se intensifican en períodos de estrés o falta de descanso.

- Negativos: en ocasiones, dificultad para socializar (aislamiento social) y mantener la motivación (abulia).
- Comportamiento: es consciente de su condición. Sigue un tratamiento médico y psicológico que le permite llevar una vida normal. Aunque tiene días difíciles, sigue esforzándose por cumplir con sus responsabilidades laborales y personales.

Intereses

- Hobbies: principalmente el dibujo y el bocetaje. Disfruta de la ilustración y el diseño en su tiempo libre, creando mundos imaginarios que reflejan su amor por la ciencia ficción.
- Distracciones:
 - Cine y series: tiene predilección por películas y series de ciencia ficción como Blade Runner, aunque también le gusta relajarse con comedias ligeras.
 - Música: escucha rock melódico y música ambiental. Usa la música para concentrarse o relajarse.
 - Libros: se ha releído su saga favorita innumerables veces: Dune. De vez en cuando estudia manuales de su campo: creatividad y diseño gráfico.

Rutina

- Se despierta temprano para trabajar desde su casa o la oficina. En los días más complicados, reorganiza su rutina para mantenerse activo y cumplir con sus proyectos.
- Mantiene una rutina funcional: trabaja, cocina, hace las compras y dedica tiempo a sus hobbies. Aunque hay días que no le apetece socializar, valora mucho sus amistades.
- En sus momentos de crisis, recurre a herramientas aprendidas en terapia, como la respiración consciente o llamar a un amigo o a un familiar para desahogarse.

MARTA

Perfil

- Edad: 29 años.
- Género: femenino.
- Ocupación: es fotógrafa freelance, especializada en modelaje y retratos urbanos. Su trabajo le apasiona y la lleva a explorar la ciudad en busca de nuevas ubicaciones para sus sesiones. Es independiente y mantiene un estilo de vida sano y activo.
- Lugar de residencia: vive en su propio piso, a unos 15-20 minutos de distancia de Marcos. Aunque no están físicamente cerca, mantienen una amistad sólida y se ven muy a menudo.

Rasgos psicológicos

- Personalidad: es empática y directa, lo que la convierte en una gran amiga. Siempre busca entender a las personas que le importan, pero también pone límites cuando lo necesita. Su enfoque en la amistad con Marcos es más relajado: no busca "salvarlo", sino acompañarlo en su vida como su igual. Para ella, Marcos es un amigo más.
- Comportamiento: trabaja mucho, pero le encanta sacar tiempo para estar con su familia y amigos, así como para sus propios hobbies. Aunque está presente para Marcos en los momentos importantes, su vida no gira en torno a él. A veces se siente desbordada, pero aprende a equilibrar su apoyo a los demás con su propio cuidado personal.

Intereses

- Hobbies: la fotografía, explorar la ciudad en bicicleta y hacer pequeños bocetos de vez en cuando. Ocasionalmente sale a correr para liberar estrés.

- **Distracciones:**
 - **Música:** le encanta el pop-rock y el indie, y adora sobre todo las baladas como “Maldita dulzura” o “Los días raros” de Vetusta Morla.
 - **Cine y series:** le gustan los dramas (En busca de la felicidad) y romances (Olvídate de mí). También suele ver comedias románticas y sitcoms para desconectar.
 - **Libros:** lee sobre fotografía y arte, pero también es aficionada a las novelas de crimen y misterio para evadirse.

Rutina

- Su rutina se centra en su trabajo como fotógrafa, buscando constantemente inspiración para nuevas ideas y proyectos.
- Mantiene un círculo de amigos cercano con quienes organiza salidas y actividades.
- Es una chica familiar, aprovecha los fines de semana para organizar comidas o barbacoas con sus padres, hermanos, tíos o primos.
- Cuando puede, queda con Marcos para tomar un café o dar un paseo.
- Marta respeta la autonomía de Marcos y no intenta ser su cuidadora, simplemente es una amiga que entiende su situación y lo apoya cuando lo necesita.

3.2. Sinopsis

El día comienza con Marcos trabajando en un diseño para un proyecto en su escritorio. Mientras avanza, sus pensamientos comienzan a dispersarse, y el ruido de las voces interrumpen brevemente su concentración. Intenta respirar profundamente y se toma un descanso breve, esforzándose por recuperar la calma.

Una vez la crisis ha remitido, se toma un momento para recuperarse. Posteriormente decide salir a la calle y hacer algunas compras. Cuando regresaba de vuelta a su casa, Marta lo llama para quedar en una cafetería cercana. Aunque al principio Marcos duda, decide aceptar. Durante la conversación, hablan de cosas banales, sus trabajos y la vida cotidiana. Sale el tema, pero no le dan demasiada importancia.

Sin embargo, al salir del café y caminar por un parque, Marcos comienza a sentir que alguien lo observa. El espectador vive esta experiencia desde su perspectiva: voces, sonidos distorsionados, miradas fugaces y una tensión creciente. Marta se da cuenta de su incomodidad y, sin presionarlo, le tranquiliza como puede, animándole a respirar hondo y que se concentre únicamente en el sonido de su voz. Aunque la crisis no se resuelve de inmediato, la paciencia y empatía de Marta ayudan a Marcos a calmarse lo suficiente para regresar a casa.

Unos días después, Marcos, escribe a Marta pidiendo ayuda: no ha podido dormir durante días, siente que no puede salir de casa y cree que alguien lo está vigilando. Marta, agotada después de un día complicado en el trabajo, acude lo más rápido posible. Al llegar, se encuentra con que Marcos está demasiado alterado para hablar, camina de un lado a otro, murmurando para sí mismo y sin dejar que Marta se acerque. Marta intenta calmarlo aconsejándole como aquella vez en el parque, pero la intensidad de la situación y su propia acumulación de estrés la desbordan. En un momento de frustración, alza la voz y dice: "¡No puedo ayudarte si no me dejas, joder!". Tras estas palabras, Marcos por fin consigue centrarse en Marta, aunque un poco asustado. Marta mira a Marcos, y a punto de derrumbarse abandona la casa de un portazo.

Después de un rato, Marcos, ya calmado, va hacia el parque de aquel día. Allí encuentra a Marta sentada en un banco, cabizbaja, con los codos en las rodillas. Marcos se sienta a su lado y, con una voz tenue, le agradece que haya venido. Marta, se disculpa por haber perdido los papeles. Marcos, se disculpa también por estar así de mal. Marta le asegura que está bien sentirse mal y que no tiene que cargar con todo solo. Aun con una tensión irregular en

el ambiente, Marta le muestra un dibujo que él hizo especialmente para ella: una ilustración sencilla de un paisaje sereno, acompañado del título de una canción que Marta y Marcos adoran, llamada "Los días raros". Marta comienza a cantar un verso de la canción, y en el siguiente verso, Marcos canta con ella y ambos ríen. Este pequeño gesto permite a Marcos sentirse comprendido y alivia gran parte de la tensión. Marta, aunque agotada, se marcha sabiendo que ha hecho lo mejor que podía en ese momento.

La escena final muestra a Marcos sentado en su escritorio. Con el dibujo de Marta al lado, toma un lápiz y comienza a trabajar en un nuevo boceto, reflejando no solo un paso hacia adelante, sino su necesidad de avanzar.

3.3. Guion literario

El guion de "Los días raros" ha sido concebido con el propósito de establecer una firme conexión con el público objetivo del proyecto: familiares, amigos, cuidadores y personas cercanas a pacientes de esquizofrenia. Dicha conexión se cimienta a través de una narrativa basada en la empatía, centrada en interacciones cotidianas y en una representación realista de lo que implica convivir con esta condición mental.

El personaje de Marta desempeña el papel más importante en esta dinámica. Su presencia no solo aporta un marcado contraste emocional y narrativo al personaje de Marcos, sino que también actúa como un vínculo directo entre el espectador y las emociones y sentimientos del protagonista. Marta representa la figura del apoyo incondicional que, sin caer en la sobreprotección, ofrece comprensión y compañía. Su carácter empático y directo refleja las experiencias de muchas personas cercanas a individuos con esquizofrenia, mostrando tanto la fortaleza como la vulnerabilidad de este tipo de relaciones.

Las interacciones entre Marta y Marcos están diseñadas para humanizar la experiencia de la esquizofrenia, alejándola de estigmas y representaciones morbosas. En lugar de centrarse exclusivamente en los síntomas de la enfermedad, el guion busca explorar cómo estos mismos afectan a la dinámica de su relación, destacando la importancia del apoyo emocional y la sinceridad.

Uno de los aspectos fundamentales que se han tenido en cuenta durante la concepción de la narrativa es la conexión de los personajes a través del arte, ya sea mediante la música o los bocetos de pinturas. El arte actúa como un lenguaje universal que permite a Marcos y Marta expresar emociones complejas que, para ellos, son difíciles de plasmar con palabras. La música, representada por la canción "Los días raros" de Vetusta Morla, simboliza un refugio emocional común, un código interno que refuerza su vínculo. Por otro lado, los bocetos de Marcos son una extensión de su mundo interior, un medio para asimilar sus experiencias y representar sus emociones de forma visual. Esta conexión artística no solo contribuye a representar unos personajes con un profundo mundo interior, sino que también invita al espectador a reflexionar sobre la importancia de comprender formas alternativas de expresión personal en la vida cotidiana.

El guion ha sido desarrollado por completo y se puede acceder al mismo el Anexo 2 de este documento.

3.4. Guion técnico

El guion técnico destaca por su escasa variedad en planos y movimientos de cámara por la naturaleza del formato en el que se produce esta pieza. Se ha confeccionado para optimizar las propiedades inmersivas que ofrece el formato de vídeo 360°, por lo que el tipo de plano predominante es el plano subjetivo (*Point of View*) en 360°, que sitúa al espectador directamente en la perspectiva de Marcos.

El movimiento de cámara, aunque sea un *Point of View*, está pensado para respetar la naturaleza del vídeo 360°, en la que el espectador tiene la libertad de explorar el entorno visual moviendo su cabeza. Por ello, se opta por movimientos de cámara estables o suaves, que simulan el movimiento natural de una persona, evitando cambios bruscos que puedan generar desorientación o incomodidad.

Respecto a la duración de cada escena, se ha buscado un equilibrio que permita desarrollar adecuadamente los aspectos emocionales de la narrativa sin prolongar de forma innecesaria la experiencia. Se pretende que las escenas

tengan una duración breve, de entre 20 segundos y 1 minuto, con el objetivo de mantener la atención del espectador y evitar la fatiga visual que pueda producirse a raíz de la exposición prolongada al visor de RV. La duración total del vídeo es de aproximadamente 4:50 minutos, lo cual es adecuado para generar un impacto emocional significativo sin exceder el tiempo de atención de este tipo de contenido audiovisual.

El guion técnico ha sido llevado a cabo teniendo todo esto como referencia, y es accesible a través del Anexo 3 de este documento.

3.5. Hojas de desglose

El desglose del guion literario permite una organización más detallada de los recursos necesarios para la producción del proyecto. La planificación ha sido pensada bajo un enfoque que busca la simplicidad y la eficiencia, con el fin de garantizar la viabilidad de la pieza sin generar costes adicionales, así como facilitar su producción con escasos recursos. Los desgloses se centran principalmente en los siguientes aspectos:

- Equipamiento especial: para la realización de este proyecto es indispensable, obviamente, el uso de una cámara 360° y una montura para la cabeza, permitiendo capturar la perspectiva subjetiva del protagonista. También serán necesarios micrófonos de corbata inalámbricos, ya que se pueden esconder fácilmente. Los micros serán necesarios para todas las escenas, aunque no haya diálogo, se pretende captar la respiración u onomatopeyas de Marcos durante el rodaje de las escenas.
- Efectos especiales: se incorporan efectos visuales en posproducción para representar los síntomas de la esquizofrenia, tales como distorsiones visuales, sombras fugaces, imágenes desaturadas y borrosas, además de elementos como mensajes flotantes y transiciones suaves para evitar generar confusión al espectador durante los cambios de escenario.

- Atrezzo: aunque el atrezzo es limitado, se selecciona de forma cuidadosa para reforzar la autenticidad de los escenarios. Elementos como la tableta gráfica, bocetos, y objetos cotidianos definen la personalidad de los personajes, aunque podría prescindirse de algunos si fuera necesario.
- Vestuario: Marcos cuenta con dos atuendos principales: uno casual (sudadera, pantalón cargo y zapatillas) y un pijama para las escenas en su casa y en el parque de noche. Marta también tiene dos atuendos: uno casual y otro más informal (sudadera ancha, pantalón cómodo), que van asignados conforme a las necesidades de la narrativa.
- Diseño sonoro: sin duda, uno de los pilares fundamentales para garantizar la inmersión del espectador. Se emplearán efectos de sonido extraídos de bibliotecas, efectos grabados in situ y efectos grabados en posproducción, sobre todo para las voces internas.

Tanto el guion literario desglosado como las hojas de desglose se encuentran en los Anexos 4.1 y 4.2 respectivamente en este documento.

3.6. Plan de rodaje

El plan de rodaje ha sido programado para maximizar la eficiencia y optimizar los recursos disponibles, estructurándose en dos jornadas de rodaje. Esta se ha organizado con la finalidad de reducir la necesidad de desplazamientos y cambios de vestuario, y gestionar con propiedad la coordinación de actores y actrices, asegurando un flujo de trabajo fluido.

En la primera jornada, la mayor parte del rodaje se concentrará en la habitación de Marcos. Las dos primeras escenas del día están centradas únicamente en Marcos, utilizando la misma ubicación. En la primera escena, Marcos vestirá un atuendo casual, mientras que en la segunda llevará un pijama que se mantendrá en las siguientes dos escenas de la jornada. Estas últimas serán filmadas en horario nocturno e incluirán la participación de Marta. Dado que ambos personajes conservarán el mismo vestuario en estas dos escenas, facilitando la continuidad en el flujo de trabajo. Aunque la tercera escena se desarrolla en la misma habitación, la cuarta requiere un cambio de

localización hacia exteriores, lo que implica un desplazamiento adicional pero fácilmente manejable debido a que se buscará una habitación cercana a los demás escenarios propuestos.

La segunda jornada se centrará en tres escenas distintas. La primera será una breve secuencia con Marcos en solitario. Las dos siguientes incluirán nuevamente a Marta. No habrá cambios de vestuario en estas tres escenas, lo que simplifica la producción. Sin embargo, se debe tener en cuenta que cada una de ellas se rodará en una ubicación diferente: la calle, un parque y una cafetería. En el caso de la cafetería, será necesario gestionar los permisos correspondientes y coordinar el rodaje de manera que se minimicen las molestias para el establecimiento y sus clientes.

La planificación completa estructurada en una tabla se puede encontrar en el Anexo 5 de este documento.

4. Conclusiones

Tras realizar una minuciosa búsqueda y revisión con la finalidad de descubrir otros proyectos de índole similar al objeto de estudio de este, se obtiene como resultado una carencia significativa de investigaciones o contenidos a nivel bibliográfico y videográfico destinados a aminorar el estigma en la esquizofrenia a través del vídeo 360°. La bibliografía en artículos científicos relacionados con este campo es prácticamente inexistente ya que, como se ha mencionado con anterioridad, bien buscan un fin terapéutico en lugar de tratar de generar una respuesta empática, o tratan de contrastar la validez de una propuesta ya creada. Respecto a las referencias audiovisuales seleccionadas, se han encontrado algunos proyectos en vídeo tradicional destinados a derribar el estigma. Sin embargo, al hablar del vídeo 360°, apenas hay contenido destinado a este objetivo.

El presente trabajo se ha desarrollado con el objetivo principal de minorizar el estigma asociado a la esquizofrenia a través del uso del vídeo 360°. Debido a la falta de proyectos similares que traten directamente la desestigmatización de la esquizofrenia mediante el uso del vídeo 360°, se ha identificado una necesidad clara que este proyecto busca suplir. Esta ausencia

de contenido ha motivado la confección de una propuesta diseñada a través de un enfoque centrado en la eficiencia, tanto en la planificación como en la obtención de los recursos necesarios para su desarrollo. Se ha trabajado para crear un producto que no solo cumpla unos estándares técnicos y narrativos rigurosos, sino que también maximice su impacto a la hora de generar empatía y comprensión hacia las personas que conviven con este trastorno, con el fin de realizar una aportación significativa a la reducción del estigma asociado a la esquizofrenia.

En primer lugar, el objetivo de investigar y conocer las posibilidades del vídeo 360° de influir en las emociones y la empatía se ha abordado a través de una revisión bibliográfica y un análisis de referencias audiovisuales. Numerosos estudios reafirman las capacidades del formato 360° para suscitar un mayor grado de inmersión en el espectador, ya que se trata de una tecnología capaz de generar sensación de presencia, lo que contribuye a una subjetividad más directa y, por tanto, a una respuesta empática más intensa en comparación con formatos tradicionales. No obstante, su efectividad para producir empatía depende del tratamiento narrativo y visual aplicado, es decir, la tecnología por sí sola no es suficiente. Es esencial construir una experiencia narrativa que conecte con la realidad del paciente y, para ello, es necesario tener en cuenta varias consideraciones. Para crear una experiencia de este tipo, es necesario un extenso trabajo de documentación con la finalidad de representar de manera fidedigna la realidad de las diferentes situaciones, y que, de este modo, sean verosímiles para el espectador. Por otro lado, hay que poner especial atención en todos los detalles, ya que si se cuele un simple objeto, como un micrófono o cualquier otro elemento técnico, se puede perder tanto el hilo narrativo como la sensación de inmersión. Por su parte, la RV y los vídeos inmersivos han demostrado ser herramientas eficaces para sensibilizar y concienciar sobre problemáticas sociales y de salud mental, por lo que no se descarta la posibilidad de buscar nuevas aplicaciones relativas al video 360° que podrían extenderse a otras patologías o condiciones.

El siguiente objetivo, elaborar una propuesta de recursos empleados que simulen determinados estados en el paciente, se ha materializado mediante un análisis de elementos visuales y sonoros representativos de la esquizofrenia en diferentes formatos y medios. Gracias a un arduo trabajo de documentación en las fases previas a la producción, esto se ha traducido en una tabla que será de gran utilidad en el momento de representar audiovisualmente los síntomas. Se han identificado recursos como distorsiones visuales, sonidos envolventes y alteraciones en la percepción de los elementos que permitirán trasladar directamente al espectador la experiencia del paciente. La mayoría de estos síntomas positivos serán incluidos en la fase de posproducción, mientras que la mayoría de los síntomas negativos requieren de una planificación para su interpretación en la fase de rodaje. No obstante, cabe mencionar que estos recursos deben ser empleados con sumo cuidado para evitar caer en la reproducción de estereotipos negativos o basados en el morbo. Por tanto, es necesario desarrollar una narrativa equilibrada que no solo represente los síntomas, sino que también visibilice la vida cotidiana de los pacientes, inspeccionando en sus relaciones personales, sentimientos y estrategias a la hora de afrontar las diferentes situaciones que conlleva una patología de esta índole. Todo esto permite que el vídeo no solo funcione como herramienta de sensibilización, sino también como una representación fiel y respetuosa de la esquizofrenia.

En cuanto al objetivo de proponer el diseño de una pieza audiovisual, se han aplicado los conocimientos adquiridos en el grado para desarrollar un proceso detallado de preproducción, incluyendo la sinopsis, el guion literario, el guion técnico y la planificación completa del rodaje. Cabe mencionar que el diseño de la pieza requiere un enfoque específico, tanto a nivel narrativo como a nivel técnico, debido a las particularidades del vídeo 360°. Se ha diseñado una historia completamente adaptada a este medio, dirigida a un público en concreto, por lo que la narrativa también debe adaptarse en este sentido. La narrativa en este formato debe construirse para que el espectador no solo observe pasivamente, sino que se sienta parte de la historia. En este caso se trata de hacer una introspección en el personaje protagonista, que sufre de esquizofrenia, y la relación con una de sus amistades más cercanas. Esta

relación se ve trastocada por una crisis, pero reconectarán a través de una de sus pasiones, la música, que servirá como catalizador emocional. En cuanto a los aspectos técnicos, se han seleccionado los distintos elementos conforme a la peculiaridad del formato, por ejemplo, la cámara 360° es obviamente necesaria para grabar en este formato pero, por otro lado, se ha incluido una montura para la cabeza, para conseguir un plano subjetivo de forma casi directa, y dos micrófonos inalámbricos para grabar los diálogos en lugar de la clásica pértiga, por su facilidad a la hora de esconderlo dentro del plano 360°. La disposición de los elementos en el espacio escénico y la interacción del espectador con el entorno también son aspectos clave a tener en cuenta a la hora de diseñar un producto con tal potencial inmersivo. Como se ha mencionado con anterioridad, actualmente no existe un proyecto similar, por lo que su producción supondría un significativo aporte a la lucha contra la desestigmatización de la esquizofrenia, además de una fuente confiable de información sobre la misma. Asimismo, se ha considerado la aplicación de esta pieza a otros ámbitos como, por ejemplo, la formación a profesionales de la salud mental, quienes podrían beneficiarse de una experiencia inmersiva que les ayude a comprender mejor la realidad de sus pacientes.

Otro objetivo ha sido proporcionar a los nuevos pacientes herramientas de adaptación emocional y social. La esquizofrenia es una enfermedad que puede generar inseguridad y desconcierto en quienes reciben el diagnóstico por primera vez. La representación audiovisual, en este sentido, puede contribuir a que las personas con un diagnóstico reciente puedan comprender mejor su condición, reconozcan sus síntomas y normalicen su experiencia. Según algunas personas entrevistadas por la compañera Adriana Jerez, estas se sintieron mejor cuando por fin recibieron un diagnóstico y pudieron poner un nombre a lo que les ocurría. Por lo que se puede deducir que el vídeo 360°, al permitir una aproximación inmersiva y personalizada, tiene el potencial de convertirse en una herramienta útil para la aceptación de la enfermedad y la preparación de los pacientes para su tratamiento. Sin embargo, se establece de nuevo que no solo con la tecnología vale, por lo que se destaca la importancia de que esta herramienta sea empleada dentro de un programa más amplio de apoyo terapéutico y no como un recurso puntual, es decir, su

aplicación podría complementarse con sesiones informativas y estrategias de afrontamiento recomendadas por profesionales de la salud mental.

Además, el objetivo de concienciar a familiares y amigos para favorecer un entorno social inclusivo ha sido uno de los ejes centrales del proyecto. La esquizofrenia sigue siendo una de las enfermedades mentales más estigmatizadas, y muchas veces, el entorno cercano de la persona afectada carece de herramientas para comprender lo que realmente implica convivir con esta condición. La falta de información y la persistencia de estereotipos dificultan la integración de los pacientes en su entorno social. En este sentido, se concluye que el vídeo 360° puede contribuir en gran medida a generar una mayor comprensión por parte de familiares y allegados, al permitirles experimentar de forma directa la realidad de quienes conviven con la enfermedad. Por contra, para lograr un impacto medianamente notable a nivel social, se podría complementar esta iniciativa con programas de educación y sensibilización más amplios, promovidos por instituciones públicas. La implantación de estas herramientas en contextos educativos, sociales y formativos podría contribuir a una percepción más realista y empática de la esquizofrenia.

Finalmente, cabe mencionar que este proyecto tiene la capacidad para abrir múltiples vías de investigación y aplicación futura. Aunque por ahora, dado que se trata de una propuesta, las acciones se limitan al desarrollo de la fase de preproducción, y no se llevará a cabo la realización de la pieza ni se verificará su validez en la práctica. Pese a ello, la metodología desarrollada podría extrapolarse a otros trastornos mentales, dando pie a posibles nuevas creaciones que constaten el enorme potencial del vídeo 360° en lo respectivo a la sensibilización y desestigmatización sobre diversas condiciones de salud. Asimismo, continúan surgiendo cuestiones sobre la ética en la representación de los trastornos mentales en los medios audiovisuales, así como la necesidad de garantizar un uso responsable de este tipo de contenido. La siguiente etapa lógica de este proyecto sería la producción de la pieza audiovisual y su correspondiente validación. Sin embargo, al tratarse de una propuesta que no avanza más allá de la preproducción, este paso quedará como una posibilidad

para investigaciones futuras. Asimismo, se sugiere la colaboración con instituciones de salud mental y asociaciones de pacientes para asegurar que el contenido desarrollado sea pertinente y útil para quienes conviven con la esquizofrenia. De este modo, aunque el presente trabajo no contemple la producción en sí de la pieza, su planteamiento establece un punto de partida para futuras iniciativas en este ámbito.

5. Bibliografía

- **American Psychiatric Association.** (2024). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5.ª ed., texto revisado; DSM-5-TR). American Psychiatric Publishing.
- **Archer, D., & Finger, K.** (2018). *Walking in another's virtual shoes: Do 360-degree video news stories generate empathy in viewers?* En Tow Center for Digital Journalism - A Tow/Knight Report.
- **Arnaiz, A., & Uriarte, J. J.** (2006). Estigma y enfermedad mental. *Norte de Salud Mental*, 26, 49–59. <https://dialnet.unirioja.es/download/articulo/4830167.pdf>
- **Asiain, J.** (2023). Realidad virtual en la salud mental. *Perspectivas: Revista Científica de la Universidad de Belgrano*, 6(1), 94–109.
- **Barnes, N., Torao-Angosto, M., Slater, M., & Sánchez-Vives, M. V.** (2024). Virtual reality for mental health and in the rehabilitation of violent behaviours. *Fonseca, Journal of Communication*, 28, 10–46.
- **Bell, I. H., Nicholas, J., Alvarez-Jimenez, M., Thompson, A., & Valmaggia, L.** (2020). Virtual reality as a clinical tool in mental health research and practice. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 22(2), 169–177. <https://doi.org/10.31887/dcls.2020.22.2/lvalmaggia>
- **Brito, H. C., & Vicente, B. P.** (2018). Realidad virtual y sus aplicaciones en trastornos mentales: Una revisión. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 2(2), 127–135. <https://www.sonepsyn.cl>
- **Cangas, A. J., & Galván, B.** (2020). Estudio preliminar de la utilidad de un programa de realidad virtual contra el estigma en salud mental. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1, 45–52.
- **Cangas, A. J., Navarro, N., Bernal, C., Piedra, J. A., Ojeda, J. J., Cangas, D., & Mullor, D.** (2017). Valoración por parte de los profesionales de educación de

un videojuego (Stigma-Stop) para sensibilizar en el aula sobre los problemas de salud mental: Un estudio preliminar. En *Actas del V Congreso Internacional de Videojuegos y Educación (CIVE'17)*.

- **Cedillo, J. A. Á., Sánchez, T. Á., & Vásquez, A. G.** (2022). Percepción de la esquizofrenia y el efecto de la psicoeducación con realidad virtual. *RIDE Revista Iberoamericana para la Investigación y el Desarrollo Educativo*, 12(24). <https://doi.org/10.23913/ride.v12i24.1190>
- **Cummings, J. J., & Bailenson, J. N.** (2015). How immersive is enough? A meta-analysis of the effect of immersive technology on user presence. *Media Psychology*, 1–38. <https://doi.org/10.1080/15213269.2015.1015740>
- **De La Peña, N., Weil, P., Llobera, J., Giannopoulos, E., Pomés, A., Spanlang, B., Friedman, D., Sanchez-Vives, M. V., & Slater, M.** (2010). Immersive journalism: Immersive virtual reality for the first-person experience of news. *Presence*, 19(4), 291–301. <http://www.immersivejournalism.com/wp-content/uploads/2011/03/published.pdf>
- **Domínguez-Martín, E.** (2015). Periodismo inmersivo o cómo la realidad virtual y el videojuego influyen en la interfaz e interactividad del relato de actualidad. *El Profesional de la Información*, 24(4), 413. <https://doi.org/10.3145/epi.2015.jul.08>
- **García Copín, B., Briongos Rica, E., Leal Rubio, J., Lamata Cotanda, F., González Zapico, N. A., Campos Del Palacio, T., Confederación Salud Mental España, & Fundación Mutua Madrileña.** (2023). *La situación de la salud mental en España*.
- **González Gómez, A., Alfaro Latorre, M., Muñoz Montalvo, J. F., García, F. M., Calvo Reyes, M. C., & Rodríguez Cobo, I.** (2020). Salud mental en datos: Prevalencia de los problemas de salud y consumo de psicofármacos y fármacos relacionados a partir de los registros clínicos de atención primaria. En *Base de Datos Clínicos de Atención Primaria (BDCAP), Sistema Nacional de Salud*. https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/SIAP/Salud_mental_datos.pdf
- **Granizo Rodríguez, A. V., Tacuri Uquillas, A. A., & Pallo Almache, J. P.** (2020). La realidad virtual y su aplicación en el tratamiento de la demencia: Una revisión de la literatura científica. *La Ciencia al Servicio de la Salud y Nutrición*, 11(2), 13–24. <https://doi.org/10.47187/cssn.vol11.iss2.130>

- **Hidalgo-Marí, T., & Gutiérrez, J. H.** (2023). *Nuevas pesquisas: Los rumbos de la investigación en comunicación*. ESIC.
- **Instituto Nacional de la Salud Mental.** (2021). *La esquizofrenia*.
- **Instituto Nacional de la Salud Mental.** (2023). *Cómo comprender qué es la psicosis*.
- **Ivars-Nicolás, B.** (2023). *Evolución del periodismo inmersivo con finalidad prosocial en vídeo 360°*.
- **Ivars-Nicolás, B.** (2023). *Unidad didáctica 2: Producción de vídeo en 360°. Tecnología de los medios audiovisuales II*.
- **Kalyanaraman, S., Penn, D. L., Ivory, J. D., & Judge, A.** (2010). The virtual doppelganger: Effects of a virtual reality simulator on perceptions of schizophrenia. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 437–443.
- **León Castro, H. M.** (2005). Estigma y enfermedad mental: Un punto de vista histórico social. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental Hermilio Valdizán*, 6(1), 32–42.
- **Loubat, O., Lobos, R., & Carrasco, N.** (2017). Estigmatización de la persona con esquizofrenia y consecuencias para el proceso de rehabilitación: Un estudio en profesionales de la salud mental. *Límite. Revista Interdisciplinaria de Filosofía y Psicología*, 12(39), 15–25.
- **Mascayano Tapia, F., Lips Castro, W., Mena Poblete, C., & Manchego Soza, C.** (2015). Estigma hacia los trastornos mentales: Características e intervenciones. *Salud Mental*, 38(1), 53–58.
- **Marques, A. J., Veloso, P. G., Araújo, M., De Almeida, R. S., Correia, A., Pereira, J., Queiros, C., Pimenta, R., Pereira, A. S., & Silva, C. F.** (2022). Impact of a virtual reality-based simulation on empathy and attitudes toward schizophrenia. *Frontiers in Psychology*, 13. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.814984>
- **Maselli, A., & Slater, M.** (2013). The building blocks of the full body ownership illusion. *Frontiers in Human Neuroscience*, 7. <https://doi.org/10.3389/fnhum.2013.00083>
- **Mayo Clinic.** (s.f.). *Esquizofrenia*. <https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/schizophrenia/symptoms-causes/syc-20354443?p=1>

- **Organización Mundial de la Salud.** (2022). *Informe mundial sobre salud mental: Transformar la salud mental para todos. Panorama general.* Organización Mundial de la Salud.
- **Sanchez-Vives, M. V., & Slater, M.** (2005). From presence to consciousness through virtual reality. *Nature Reviews Neuroscience*, 6, 76. <https://www.nature.com/reviews/neuro>
- **Slater, M.** (2009). Place illusion and plausibility can lead to realistic behaviour in immersive virtual environments. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*, 364(1535), 3549–3557. <https://doi.org/10.1098/rstb.2009.0138>
- **Tay, J. L., Xie, H., & Sim, K.** (2023). Effectiveness of augmented and virtual reality-based interventions in improving knowledge, attitudes, empathy and stigma regarding people with mental illnesses: A scoping review. *Journal of Personalized Medicine*, 13(1), 112. <https://doi.org/10.3390/jpm13010112>
- **Toala-Palma, J. K., Arteaga-Mera, J. L., Quintana-Loor, J. M., & Santana-Vergara, M. I.** (2020). La realidad virtual como herramienta de innovación educativa. *Episteme Koinonia*, 3(5), 270. <https://doi.org/10.35381/e.k.v3i5.835>
- **Yaqoob, A., Bi, T., & Muntean, G.** (2020). A survey on adaptive 360° video streaming: Solutions, challenges and opportunities. *IEEE Communications Surveys & Tutorials*, 22(4), 2801. <https://doi.org/10.1109/COMST.2020.3006999>

ANEXO 1. Tabla frecuencia. Análisis cuantitativo de las entrevistas

Categorías	Frecuencia	Comentarios más destacados (Plasmar comentarios más destacados. Coger literales y extraer concepto o idea más repetida.)
Diagnóstico	Total = 12 - P1 = 4 - P2 = 6 - P5 = 1 - P6 = 1	<ul style="list-style-type: none"> • El diagnóstico común es esquizofrenia. • Es común la experiencia de haber pasado por diferentes diagnósticos hasta haber llegado al actual. No siendo tratados con el diagnóstico adecuado desde el principio. • El hecho de tener un primer diagnóstico genera cierta sensación de alivio. En todos los casos la llegada del diagnóstico es muy tardía. • Se dan relatos de haber percibido el diagnóstico como algo positivo y haberlo aceptado. Primer paso para emprender la ayuda y la mejoría. • Se recoge una manifiesta sensación de alivio cuando el paciente es puesto en tratamiento y conoce su diagnóstico, ya que siente que “no está solo” y que ahora “lo están ayudando”. • Aunque el tipo de diagnóstico cambie, hay un sentimiento compartido común a la experiencia de recibir el diagnóstico y como vivir la enfermedad. • Pensar que la enfermedad es crónica les produce cierto temor, aunque mantienen la esperanza de mejorar. • Ser conscientes de la cronicidad también despierta en algunos pacientes un sentimiento de responsabilidad y autocuidado. Se manifiesta en afirmaciones como “estar atento a uno mismo” o “prestar atención a los síntomas”
Síntomas	Total = 21 - P1 = 7 - P2 = 1 - P3 = 5 - P4 = 2 - P5 = 2 - P6 = 4	<ul style="list-style-type: none"> • El consumo de drogas aparece como precedente a una sintomatología propia del diagnóstico para esquizofrenia. • Ocasionalmente se da la experiencia de alucinaciones auditivas y visuales. Pero la reconocen como la peor experiencia de todas. • La sintomatología que se repite con más frecuencia es el trastorno del ánimo y el consumo de drogas. • El embotamiento mental o la falta de motivación para la consecución de metas a largo y medio plazo, se presenta en muchas ocasiones. Lo definen como una “barrera” o “atasco”. • Anhedonia. • Conductas extravagantes o fuera de lugar. • Dificultades o pérdida de memoria. • Frecuentes brotes o crisis durante los primeros años de enfermedad. • Baja autoestima. • Se repiten las frases “estar en tu mundo”. • Dificultades para dormir. • Sufrir crisis.
Tratamiento y adherencia	Total = 18 - P1 = 6 - P2 = 1 - P3 = 5 - P4 = 2 - P5 = 1 - P6 = 3	<ul style="list-style-type: none"> • Muchos relatos coinciden en que los últimos tratamientos más actuales les han hecho sentir una notable mejoría. En todos los casos el tratamiento de primera elección son los antipsicóticos inyectables (Abilify, Xeplion, Risperdal) su frecuencia varía levemente de uno a otro caso, pero es mensual o quincenal. Los tratamientos anteriores basados en pastillas causaban efectos secundarios no deseados y producían una peor adherencia al tratamiento. • Los tratamientos con pastillas antipsicóticas, como Haloperidol (recordar el tipo, si de primera generación o que) les causaba sensación de lentitud mental y falta de fluidez en el pensamiento. • En algunos casos se acompañan de ansiolíticos como

		<p>Diazepam, para las dificultades con el sueño.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Conocen la peligrosidad de mezclar medicación para el tratamiento de la enfermedad con alcohol u otras sustancias de abuso. Saben que deben evitarlo. • Aseguran que el tratamiento les es una gran ayuda y notan mejoría desde que se adhieren a él. • Con la nueva medicación mencionada manifiestan una mejor adherencia al tratamiento. • Son conscientes de que la medicación mejora la sintomatología de la enfermedad. • En la mayoría de los casos han experimentado ingresos en una o más ocasiones.
Red de apoyo	<p>Total = 29</p> <ul style="list-style-type: none"> - P1 = 8 - P2 = 10 - P3 = 5 - P4 = 3 - P5 = 1 - P6 = 2 	<ul style="list-style-type: none"> • En la mayoría de los casos la primera atención acerca del estado del usuario procede de la familia más directa (padres, hermanos, hijos). • Como apoyo relevante señalan a la red sanitaria, de salud mental y servicios sociales. • Destaca la importancia para su mejoría el pertenecer a algún grupo de apoyo y rodearse de gente que comprenda su problema. Al tiempo que deben evitar los ambientes que frecuentaban que les conducían al consumo de drogas. • Aun no siendo la mayoría, cabe señalar que al menos en dos casos, el contexto social del paciente antes del tratamiento era un contexto negativo que lo condujo a conductas que propiciaron la aparición de la sintomatología. • Tener ocupaciones y formar parte activa de alguna comunidad, genera también dicha red de apoyo. • Manifiestan una experiencia positiva al participar en los grupos de apoyo. • En muchas ocasiones la falta de apoyo proviene del desconocimiento o el temor a la enfermedad mental. • Reconocen que el apoyo por parte de los médicos y familiar les ayuda en su mejoría. • La atención del entorno directo sobre el paciente y su sintomatología les resulta una ayuda y una manera efectiva de prevenir crisis o internamientos. • Acontecimientos vitales negativos, como la pérdida de algún familiar, suelen ser desencadenantes de un empeoramiento en el curso de la enfermedad. • La figura del psiquiatra es percibida como una ayuda. • Sentirse realizados, formando parte de un grupo y/o proyecto en común se vive como una experiencia positiva. El grupo manifiesta estar contentos con su participación en este proyecto.
Estrategias de afrontamiento	<p>Total = 23</p> <ul style="list-style-type: none"> - P1 = 4 - P2 = 6 - P3 = 4 - P4 = 3 - P5 = 2 - P6 = 4 	<ul style="list-style-type: none"> • Hacer actividades agradables como pasear, escuchar música o ver la tele. • Conocen la gravedad de consumir sustancias de abuso y saben que deben evitarlo, así como el alcohol. • Evitar los contextos que les puede conducir al consumo de alcohol y otras drogas. • Ocuparse en actividades del día a día y tareas cotidianas dirigidas a su autocuidado y el cuidado de su entorno (colaborar en el hogar, cuidar de mascotas o la familia). • Controlar los elementos estresores ambientales o contextuales. Esto a su vez los lleva a poder evitar recaídas (ya que con cada recaída o crisis el individuo puede ir experimentando paulatinamente un deterioro neurológico). • El ingreso en un centro hospitalario psiquiátrico es percibido como un refuerzo negativo, ya que quieren evitarlo y por ende toman en serio su tratamiento y el no consumo de sustancias. • Los usuarios admiten ser conscientes de que la mejoría pasa

		<p>por el autocuidado y el autocontrol.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Conocer y adquirir herramientas de autocuidado y gestión emocional es clave. Se trata también de ser parte activa en el tratamiento y conocimiento de su propia enfermedad. • La búsqueda de información acerca de la enfermedad sirve de ayuda en algunos casos, para el propio paciente. Esto también les ayuda a sentirse parte activa en su tratamiento y mejoría. • Reconocen que existe información útil y necesaria en redes, buscadores y literatura. • En todos los relatos se manifiesta que la mejoría “pasa por uno mismo”.
Estigma y autoestigma	<p>Total = 73</p> <ul style="list-style-type: none"> - P1 = 20 - P2 = 15 - P3 = 23 - P5 = 8 - P6 = 7 	<ul style="list-style-type: none"> • Manifiestan sufrir discriminación, lo cual les causa dolor. • Términos como rechazo, burla y marginación se repiten. • En muchas ocasiones la falta de comprensión procede de la familia. • El autoconcepto que más se repite es “ser diferente” o “ ser especial”. Se autoperciben²⁰ como diferentes. • Sentir que los demás no son de ayuda o incluso les ponen barrera. Es un sentimiento común recogido en la entrevista. • Un sentimiento que manifiestan es necesitar comprensión por parte de los demás. • Una opinión común es que el resto de las personas no conocen ni hacen por comprender en qué consiste la salud mental ni la enfermedad. • Sentir que son juzgados o criticados, es un relato recurrente. • El término “loco” se percibe como negativo y despectivo, en todos los casos han recibido ese adjetivo alguna vez. • No se sienten identificados con el término “loco” por tener una connotación negativa. • El trato de los demás cuando los ven como “enfermos” en un sentido negativo, les produce dolor y miedo. Reconocen que les supone un empeoramiento de sus síntomas por causarles sentimientos negativos y de preocupación. • Se repiten los términos “rechazo” y “barrera”, “miedo” y “prejuicio”. • Sienten que los demás evitan hablar o enfrentarse a la realidad de la salud mental y la enfermedad. • Existe una parte de participantes más susceptibles a las críticas de los demás, mientras que otros dicen haber desarrollado cierta indiferencia hacia los comentarios ajenos para así evitar sentirse mal. • Cuando los demás perciben al paciente como sano o “normal” aseguran que les reconforta. • Necesitan del feedback positivo de su entorno más cercano. • En general se recoge una necesidad de mayor empatía por parte de los demás.

ANEXO 2. Guion literario "Los días raros"

"Los días raros"

Escrito Por:

José Manuel Ruiz

ESC. 1 - INT. HABITACIÓN DE MARCOS - DÍA

MARCOS (27) está en su habitación trabajando en un diseño. Es un joven que suele vestir de forma casual, con sudaderas "geek", pantalones cargo y zapatillas Converse.

Su habitación es un espacio pequeño con elementos personales que reflejan su amor por el arte y la ciencia ficción. El espectador puede mirar libremente el entorno, ya que se pondrá en la piel de MARCOS. Se observan bocetos en la pared, una pantalla con un diseño en proceso, una tableta gráfica sobre el escritorio...

MARCOS está concentrado en un diseño en su ordenador. De repente, algo le distrae y deja de teclear. Se escuchan murmullos sutiles alrededor, apenas perceptibles. La imagen va perdiendo color y emborronándose aleatoriamente. Si el espectador gira la vista, verá sombras de formas fugaces a su alrededor. La respiración de MARCOS se acelera, hasta que consigue recordar sus ejercicios de respiración. Comienza a respirar hondo y cierra los ojos por un momento, intentando calmarse. Tras un breve momento de tensión, el ruido se apaga.

MARCOS se levanta.

FUNDIDO A NEGRO.

ESC. 2 - EXT. CALLE - DÍA

MARCOS camina por una calle concurrida de su barrio. El espectador ve la ciudad a través de su perspectiva: tiendas pequeñas, bares, terrazas, parques... Se perciben sonidos cotidianos: tráfico lejano, conversaciones difusas, niños jugando...

MARCOS mantiene un paso tranquilo, lleva en la mano una bolsa de la compra mientras se dirige de vuelta a su casa. Suena el teléfono: es MARTA. La notificación aparece en la pantalla, y si el espectador gira la vista, podrá ver el mensaje entrante flotando en el aire. "Eyy, tengo tiempo libre, ¿nos tomamos algo en el Seven?".

MARCOS duda, el sonido de la ciudad se diluye momentáneamente. Finalmente, decide ir, por lo que teclea un mensaje pantalla del teléfono: "Vale, nos vemos en un rato", aceptando la invitación.

MARCOS se da la vuelta, tomando el camino contrario.

FUNDIDO A:

ESC. 3 - INT. CAFETERÍA - DÍA

MARCOS y MARTA están sentados en una mesa junto a la ventana. MARTA (29) es una chica de estatura media, morena con gafas finas, pero de lentes grandes y que viste con ropa ancha: sudaderas, chaquetas o jerséis holgados y pantalones de campana de tiro alto. Lleva una tote bag que usa a modo de bolso.

El espectador observa un espacio cálido, decorado con madera y luz tenue. Unos clientes conversan con un tono comedido, otros trabajan con sus portátiles y otros hacen fotos de sus postres con el teléfono. En su mesa, un par de tazas de café que MARCOS remueve con una cucharilla

mientras MARTA vierte un sobre de azúcar sobre el suyo.

MARTA
(sonriendo)
¿Y cómo van esos diseños?

MARCOS
Bien, aunque estoy un poco saturado...

MARCOS hace una pausa, la sonrisa de MARTA se desvanece un poco.

MARCOS
(expirando)
Hoy ha sido un día raro. (Intentando desviar el tema) Bueno, ¿tú que tal el curro?

MARTA
(seria)
¿Han vuelto las voces?

MARCOS
(con cara de que le han pillado)
¿Cómo lo sabes?

MARTA
Te conozco de sobra.

MARCOS
Bueno, no ha sido para tanto. Se han ido rápido.

MARTA
(vuelve a sonreír)
Oye, me alegro. Cada vez lo llevas mejor.

MARCOS
(duda un poco)
Eso parece.

MARCOS y MARTA se miran y poco a poco vuelven a reír. Continúan hablando de tonterías.

FUNDIDO A:

ESC. 4 - EXT. PARQUE - DÍA

MARCOS y MARTA caminan por un parque de paso antes de irse a sus respectivas casas. El espectador observa un parque amplio, con árboles, césped, bancos de madera, columpios y toboganes para niños y un camino de tierra. Poco a poco, la perspectiva cambia: el espectador percibe una sensación de paranoia. Voces susurradas en 360°, figuras borrosas en ambos extremos del campo de visión. MARCOS comienza a alterarse.

MARTA se percata.

MARTA
(suavemente)
Respira, Marcos. Concéntrate en mi voz.
Respiiiiiira...

(aun cabizbaja)
Perdón por gritarte... (resoplando) Dios, es
que ha sido un día tan...

MARCOS
(terminando su frase)
¿Raro?

MARTA
Iba a decir de mierda.

MARCOS
Ah.

Hay una pausa. MARTA se seca una lágrima que se le ha escapado.

MARCOS
Perdón por estar así, me sabe mal ponerte en
estas situaciones.

MARTA levanta la mirada extrañada.

MARTA
(ahora mirando a Marcos)
¿En serio me pides perdón por eso?

MARCOS no sabe que responder.

MARTA
(seriamente)
No es tu culpa que estés mal, métetelo en la
cabeza. (Pequeña pausa) ¿Sabes lo que
realmente está mal? Que cargues con todo esto
tu solo.

MARCOS ahora agacha la cabeza. MARTA da un pequeño respingo como
acordándose de algo.

MARTA
(mientras busca en su tote bag)
Mira, hablando de días raros.

MARTA saca un papel de su tote bag. Es un dibujo que MARCOS hizo a
MARTA hace un tiempo: un paisaje tranquilo, con la frase "Los días
raros".

MARTA
Me encanta esa canción. Es extraño, pero me
recuerda a ti.

MARCOS mira el dibujo y esboza una media sonrisa. MARTA empieza a
tararear la canción de Vetusta Morla "Los días raros".

MARTA
(cantando bajito)
Di qué ves. Dime qué ves, si hay algo.

MARCOS y MARTA se miran sonriendo.

MARTA Y MARCOS

(cantando a la vez)
Un manantial. Breve y fugaz, entre las manos.

MARCOS y MARTA sueltan carcajadas tenues.

MARCOS
Si que son días raros...

MARTA
Siempre lo son.

MARCOS y MARTA se miran sonriendo, con una tensión subyacente que poco a poco se disipa, pero con una comprensión mutua. MARTA se levanta resoplando y se marcha.

FUNDIDO A NEGRO.

ESC. 7 - INT. HABITACIÓN - DÍA

MARCOS se despierta en su habitación y se sienta en su escritorio. El espectador puede observar como la luz natural se filtra por la ventana.

MARCOS está en su escritorio, con el dibujo de MARTA a su lado. Respira profundo, toma un lápiz y comienza a dibujar un nuevo boceto.

HOJA DE DESGLOSE # 3

Páginas de guion: 1-2

Fecha: 06-02-2025

Productora: Universidad Miguel Hernández

Título de la obra: "Los días raros"

Localización: Cafetería

Escena: 3

INT/EXT: INT

DÍA/NOCHE: DÍA

Descripción: Marcos sentado en una cafetería con Marta

<p>Personajes/Reparto</p> <p>Marcos Marta</p>	<p>Equipo especial</p> <p>Cámara 360° Micrófonos de corbata inalámbricos Montura para la cabeza</p>	<p>Figuración</p>
<p>Atrezzo</p> <p>Tote bag 2x Tazas de café 2x Cucharillas 2x Sobres de azúcar</p>	<p>Efectos especiales</p> <p>Disolución cruzada</p>	<p>Vestuario y Peluquería</p> <p>Sudadera "geek" (Marcos) Pantalón cargo (Marcos) Zapatillas Converse (Marcos) Gafas de ver (Marta) Jersey ancho (Marta) Pantalón campana (Marta)</p>
<p>Vehículos y/o animales</p>	<p>Efectos de sonido</p> <p>Murmullos de gente conversando en interiores Ambiente de cafetería (botellines, tazas, cafetera...)</p>	<p>Notas</p> <p>54</p>

HOJA DE DESGLOSE # 4

Páginas de guion: 2-3

Fecha: 06-02-2025

Productora: Universidad Miguel Hernández

Título de la obra: “Los días raros”

Localización: Parque

Escena: 4

INT/EXT: EXT

DÍA/NOCHE: DÍA

Descripción: Marcos camina con Marta por el parque

<p>Personajes/Reparto</p> <p>Marcos Marta</p>	<p>Equipo especial</p> <p>Cámara 360° Micrófonos de corbata inalámbricos Montura para la cabeza</p>	<p>Figuración</p>
<p>Atrezzo</p> <p>Tote bag</p>	<p>Efectos especiales</p> <p>Imagen decolorada Sombras fugaces y borrosas Fundido a negro</p>	<p>Vestuario y Peluquería</p> <p>Sudadera “geek” (Marcos) Pantalón cargo (Marcos) Zapatillas Converse (Marcos) Gafas de ver (Marta) Jersey ancho (Marta) Pantalón campana (Marta)</p>
<p>Vehículos y/o animales</p>	<p>Efectos de sonido</p> <p>Murmullos de gente conversando en exteriores Niños jugando y gritando Pasos Voces susurrando en 360° Respiración acelerada respiración decelerando Respiración profunda</p>	<p>Notas</p> <p>55</p>

HOJA DE DESGLOSE # 6

Páginas de guion: 3-5

Fecha: 06-02-2025

Productora: Universidad Miguel Hernández

Título de la obra: “Los días raros”

Localización: Parque

Escena: 6

INT/EXT: EXT

DÍA/NOCHE: NOCHE

Descripción: Marcos busca a Marta en el parque

<p>Personajes/Reparto</p> <p>Marcos Marta</p>	<p>Equipo especial</p> <p>Cámara 360° Micrófonos de corbata inalámbricos Montura para la cabeza</p>	<p>Figuración</p>
<p>Atrezzo</p> <p>Tote bag Dibujo de Marcos</p>	<p>Efectos especiales</p> <p>Fundido a negro</p>	<p>Vestuario y Peluquería</p> <p>Pijama (Marcos) Chaqueta (Marcos) Gafas de ver (Marta) Sudadera ancha (Marta) Pantalón de chándal (Marta)</p>
<p>Vehículos y/o animales</p>	<p>Efectos de sonido</p> <p>Pasos Revolviendo el interior de un bolso Papel pasando de mano a mano</p>	<p>Notas</p> <p>57</p>

HOJA DE DESGLOSE # 7

Páginas de guion: 5

Fecha: 06-02-2025

Productora: Universidad Miguel Hernández

Título de la obra: “Los días raros”

Localización: Habitación de Marcos

Escena: 7

INT/EXT: INT

DÍA/NOCHE: DÍA

Descripción: Marcos se despierta al día siguiente

<p>Personajes/Reparto</p> <p>Marcos</p>	<p>Equipo especial</p> <p>Cámara 360° Micrófonos de corbata inalámbricos Montura para la cabeza</p>	<p>Figuración</p>
<p>Atrezzo</p> <p>Silla Escritorio Dibujo de Marcos Lápiz Folio en blanco</p>	<p>Efectos especiales</p>	<p>Vestuario y Peluquería</p> <p>Pijama (Marcos)</p>
<p>Vehículos y/o animales</p>	<p>Efectos de sonido</p> <p>Sábanas revueltas Silla Marcos sentándose Respiración profunda Cogiendo el lápiz</p>	<p>Notas</p> <p>58</p>

