



Capítulo 93/94

Tratado de psiquiatría clínica
Massachusetts General Hospital
2017 - 2018

PSIQUIATRÍA Y MEDIOS DE COMUNICACIÓN

Trabajamos para su tranquilidad...

Psiquiatría y medios de comunicación

Cheryl K. Olson, MPH, ScD

Lawrence Kutner, PhD

Eugene V. Beresin, MD

PUNTOS CLAVE

Contexto

- Las descripciones de la enfermedad mental en los medios informativos y recreativos tienen el potencial de educar al público y promover la búsqueda de ayuda, o bien pueden crear y perpetuar el estigma.

Retos para la investigación y la clínica

- Las noticias de suicidios en los medios de comunicación pueden desencadenar imitaciones; el seguimiento de las nuevas directrices para comunicar los suicidios reduce este riesgo.

Apuntes prácticos

- La violencia en la televisión (informativos incluidos) y los videojuegos podría promover el miedo o la agresividad en los niños, pero es posible que sus efectos dependan del contexto de la violencia.
- Los progenitores pueden ejercer cierto control sobre cómo acceden sus hijos a contenidos de los medios y son influidos por estos; la forma de conseguirlo es enseñar educación en los medios y aprovecharse de las nuevas tecnologías.
- Los psiquiatras pueden usar los medios de comunicación de masas para promover la salud mental pública y alimentar expectativas correctas respecto al tratamiento de la salud mental.

Perspectiva general

Los medios de comunicación de masas cada vez están más presentes en las vidas de los adultos y los niños. Ya sea sutil o abiertamente, el contenido de los medios (desde los dibujos animados infantiles hasta las noticias de televisión) afecta a las percepciones del público de la salud mental y los enfermos mentales, así como a las expectativas con que los pacientes llegan a la psicoterapia y otros tratamientos psiquiátricos, especialmente los fármacos. Los mensajes de los medios pueden ser peligrosos para la salud al avivar el miedo al crimen y el terrorismo, desencadenar intentos de suicidio o modelar comportamientos violentos. Pero los distintos tipos de medios de comunicación de masas y dirigidos también

nos ofrecen herramientas nuevas y potentes de salud pública, educativas y psicoterapéuticas.

Este capítulo se ocupa de varios asuntos: la implicación de los medios de comunicación de masas en la estigmatización de la enfermedad mental y la disuasión de la búsqueda de ayuda, la influencia de la cobertura que hacen los medios del suicidio, cómo los medios (especialmente la televisión y los videojuegos) pueden afectar a la agresividad y la violencia en los jóvenes, el uso de principios de «educación en los medios» y nuevas tecnologías para limitar posibles peligros y aumentar los beneficios del uso de los medios en los niños, y cómo los psiquiatras (mediante campañas planificadas en los medios o iniciativas individuales) pueden usar inteligentemente los medios para educar al público.

Influencia de los medios de comunicación de masas en el conocimiento público de la enfermedad mental

Las encuestas en EE. UU. y otros países han encontrado que muchas personas apenas saben cómo es la enfermedad mental (propia o ajena), qué síntomas caracterizan a las distintas enfermedades y qué significan términos como «esquizofrenia» o «manía».¹ A pesar de que en los últimos años ha habido cierto avance, los mitos estigmatizadores sobre las causas siguen presentes. Por ejemplo, las personas con menor nivel educativo tenían más probabilidades de atribuir la esquizofrenia o la depresión a la falta de voluntad o un estilo de vida inmoral, y menos de considerar la medicación como un tratamiento eficaz.² Estudios recientes en diversos países indican que, aunque el conocimiento público de los correlatos biológicos de los trastornos mentales ha aumentado, esto no ha mejorado su aceptación social ni modificado las percepciones de peligrosidad.³ Sin embargo, para los individuos afectados y sus familias, tener una enfermedad del cerebro podría ser percibido como menos estigmatizador que la etiqueta de «enfermo mental».⁴ Siguen estando presentes las visiones distorsionadas de la naturaleza y la utilidad del tratamiento psiquiátrico, y algunos lo consideran más peligroso que útil.¹

Las encuestas nacionales (en EE. UU.) de 1998 y 2006 muestran una confianza creciente en que las medicaciones psiquiátricas son capaces de controlar los síntomas, ayudar a las personas a afrontar los estresantes y mejorar las relaciones, aunque una minoría de los encuestados seguían creyendo que los medicamentos podrían interferir en las actividades de la vida diaria o ser perjudiciales para el cuerpo. A pesar de estas consideraciones positivas, un número comparativamente menor de encuestados se planteaban tomar medicación ellos mismos por enfermedades hipotéticas. Básicamente la mitad tendrían muchas o algunas probabilidades de tomar los medicamentos prescritos para la depresión, mientras que dos terceras partes lo harían para síntomas más concretos (p. ej., crisis de angustia).⁵

El estigma asociado con la enfermedad mental es un motivo principal por el que muchos de los que la padecen nunca buscan tratamiento, ni siguen las recomendaciones terapéuticas, o abandonan el tratamiento antes de tiempo (fig. 93-1).⁶ Los niños con problemas de salud mental (y sus padres) se enfrentan al desdén, la culpa y la

discriminación, en una evidente diferencia con las actitudes mantenidas hacia los niños con enfermedades «físicas». La investigación ha demostrado que las percepciones inexactas de los progenitores y los profesores sobre los problemas de salud mental de los niños, y las creencias sobre el tratamiento (incluidas las dudas sobre el estigma que nace del tratamiento), crean grandes barreras a la recepción de la asistencia necesaria.⁸ Como más de tres cuartas partes de los niños con necesidades de salud mental no reciben tratamiento,⁹ la eliminación de las barreras a la asistencia es una prioridad crucial. Además, puesto que la prevalencia a lo largo de la vida de los trastornos psiquiátricos está en torno al 24%, y más del 50% de esos trastornos comienzan en la infancia, es posible que la detección y la intervención precoces reduzcan la morbilidad.

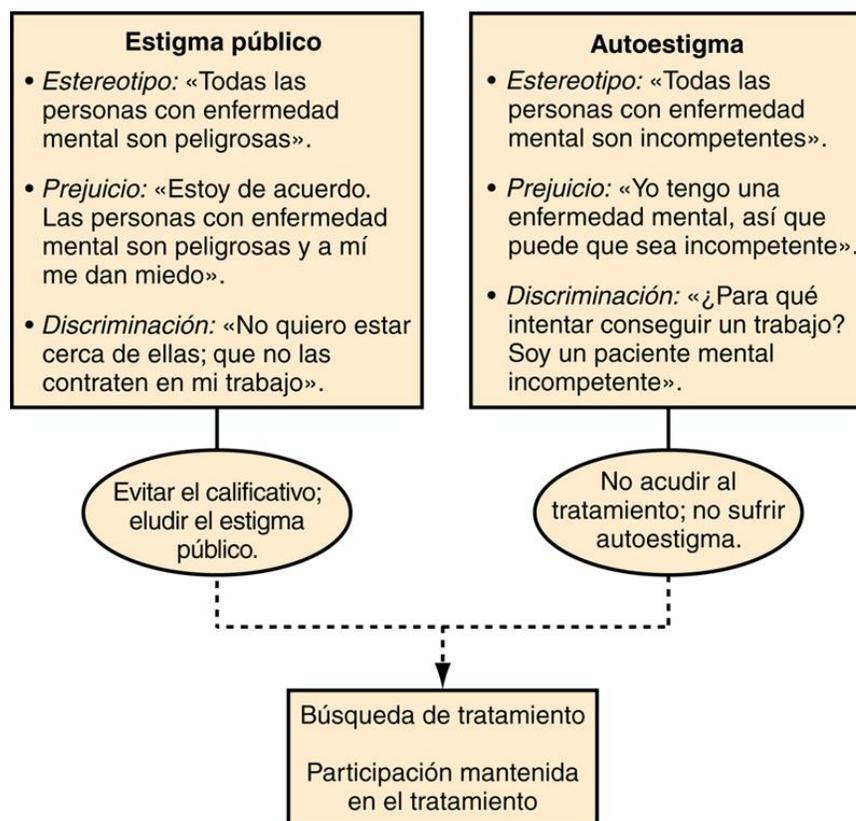


FIGURA 93-1 Dos factores que podrían influir en que una persona que podría beneficiarse de un tratamiento de salud mental realmente lo busque. (Reproducido a partir de Corrigan P. How stigma interferes with mental health care, *Am Psychologist* 59:614–625, 2004.)

Varios estudios apuntan al contenido de los medios de comunicación de masas como una fuente fundamental de estigmatización y desinformación. En las personas que apenas tienen experiencias en primera persona con la enfermedad mental, las creencias sobre cómo son los enfermos mentales y cómo deberían ser tratados podrían estar conformadas principalmente por lo leído, visto u oído en los medios de comunicación de masas. Las revisiones de la cobertura en prensa de muchos países han encontrado que la enfermedad

mental, especialmente la esquizofrenia, está ligada con frecuencia a violencia.¹⁰ En un estudio estadounidense de las noticias sobre enfermedad mental en los periódicos principales, el centro del 39% de las historias estaba en la peligrosidad o la violencia ejercida por una persona con enfermedad mental; esas historias también ocupaban los lugares más prominentes.¹¹ Un experimento aleatorizado encontró que las historias de noticias que describían un tiroteo masivo por parte de un enfermo mental aumentaban las actitudes negativas hacia las personas con enfermedad mental grave.¹² Esto incrementa la determinación a la hora de evitar que existan personas con enfermedad mental.¹³

Otro estudio de los periódicos estadounidenses detectó que la palabra «esquizofrénico» se usa habitualmente como metáfora en un modo tal que perpetúa las percepciones de que esa enfermedad consiste en la «personalidad escindida» (tabla 93-1).¹⁴ También, las descripciones hostiles en los medios aumentan el estigma previo, además de la discriminación, tal como lo perciben las personas que luchan con la enfermedad mental.¹⁵

Tabla 93-1

Tipos de referencias al cáncer y a la esquizofrenia en periódicos de EE. UU.

| Tipo | Frecuencia (%) | |
|------------------------------|----------------|----------------------|
| | <i>Cáncer</i> | <i>Esquizofrenia</i> |
| | (N = 864) | (N = 876) |
| Metáfora | 1,3 | 28,1 |
| Obituario | 24,5 | 0 |
| Interés humano | 8,6 | 23,1 |
| Noticias médicas | 14,1 | 13,7 |
| Educación para la prevención | 4,4 | 2,4 |

| Tipo | Frecuencia (%) | |
|-----------------------------------|----------------|---------------|
| | Cáncer | Esquizofrenia |
| | (N = 864) | (N = 876) |
| Referencia accidental | 37,7 | 32,3 |
| Referencia médicamente incorrecta | 0 | 1 |
| Organización benéfica | 9,4 | 0 |

Tomado de Duckworth K, Halpern JH, Schutt RK, Gillespie C. Use of schizophrenia as a metaphor in U.S. newspapers. *Psychiatric Services* 54:1402–1404, 2003.

$\chi^2 = 579,12$, grados de libertad (gl) = 7, $P < 0,001$.

Los medios de entretenimiento también pueden reforzar imágenes y creencias peligrosas. Por ejemplo, una revisión de las películas de dibujos animados de Disney encontró un número sorprendentemente elevado de comentarios estigmatizadores, incluidos pensamientos, ideas, comportamientos o ropas «locos», con la implicación de que esos rasgos eran irracionales e inferiores.¹⁶ Los dibujos animados infantiles a menudo muestran personajes «retorcidos» o «chalados» como malvados o divertidos.¹⁷ Incluso los videojuegos contienen estereotipos negativos.¹⁸ La enfermedad mental es un tema frecuente en las películas (incluidas las de miedo) populares entre los adolescentes. Estas no solo presentan a las personas con enfermedad mental como siniestras y peligrosas, sino que también distorsionan las percepciones del público sobre los profesionales de la salud mental y sus expectativas acerca de la naturaleza y el resultado de los tratamientos (tabla 93-2).^{19,20} La representación en los medios de la terapia electroconvulsiva (TEC) ha sido especialmente distorsionada. La TEC se representa habitualmente en las películas como brutal y castigadora, incluso como una forma de tortura, sin utilidad terapéutica.^{21,22}

Tabla 93-2

Tipología de Schneider de los psiquiatras y psicólogos en las películas

| «Dr. Despistado» | «Dr. Maligno» | «Dr. Maravilloso» |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Características <ul style="list-style-type: none"> • Cómico • Más loco o tonto que sus pacientes • Tratamientos estrafalarios o nada prácticos | Características <ul style="list-style-type: none"> • Incorre en experimentos prohibidos y peligrosos • Realiza actos malvados • Coercitivo en las relaciones con los pacientes | Características <ul style="list-style-type: none"> • Cálido, humano, modesto, perspicaz y solícito • No le preocupa el tiempo • Maestro de la improvisación |
| Ejemplos de películas: <i>El sanatorio del Dr. Dippy</i> (1906) <i>El secreto de vivir</i> (1936) <i>Máxima ansiedad</i> (1977) <i>Amor al primer mordisco</i> (1979) <i>Nueve meses</i> (1995) | Ejemplos de películas: <i>El gabinete del Dr. Caligari</i> (1919) <i>Recuerda</i> (1945) <i>Vestida para matar</i> (1980) <i>El silencio de los corderos</i> (1991) <i>Batman Begins</i> (2005) | Ejemplos de películas: <i>El hipnotizador criminal</i> (1909) <i>David y Lisa</i> (1962) <i>Gente corriente</i> (1980) <i>El indomable Will Hunting</i> (1997) <i>El sexto sentido</i> (1999) |

Tomado de Schneider I. The theory and practice of movie psychiatry, *Am J Psychiatry* 144:996–1002, 1987.

Influencia de las intervenciones en los medios de comunicación de masas sobre el estigma

Es menos probable que las personas más familiarizadas con la enfermedad mental (p. ej., debido a una experiencia personal; la enfermedad de familiares, amigos, compañeros de trabajo o vecinos; o la exposición por voluntariado o trabajo) quieran distanciarse de los individuos con enfermedad mental, incluidos aquellos con depresión mayor.²³ Esto también parece suceder con la exposición «virtual» a modelos mediante vídeos educativos.²⁴ Valiéndose de estas investigaciones, y de las mencionadas anteriormente sobre las raíces del estigma, el objetivo de muchas intervenciones educativas recientes ha consistido en hacer que el público se sienta cómodo con los enfermos mentales, y contrarreste las ideas estigmatizadoras sobre las causas y el tratamiento de la enfermedad mental.

La planificación de iniciativas antiestigma ha pasado a ser más sofisticada, con iniciativas destinadas a actitudes o comportamientos clave de poblaciones específicas.²⁵ Una estrategia ha sido llegar al público a través de los medios de comunicación de masas (usando la televisión, la radio, el cine e Internet). El programa para reducir el estigma y la discriminación por esquizofrenia de la World Psychiatric Association (WPA), que comenzó en 1996, cuenta con programas en más de 20 países.²⁶ La WPA recomienda una estrategia de «marketing social» para planificar campañas de alcance que incluyan dirigirse a subgrupos específicos (p. ej., personal de la justicia penal), realizar valoraciones de necesidades para fundamentar el diseño de los mensajes en los medios y materiales en medios de prueba antes de embarcarse en campañas extensas.

El Royal College of Psychiatrists en Gran Bretaña ha patrocinado varias campañas, como *Defeat Depression* de 1992 a 1996²⁷ y *Changing Minds* de 1998 a 2003.²⁸ Los estudios previos y posteriores de esta última encontraron cambios discretos pero alentadores en las

actitudes (p. ej., relativos a las percepciones de peligrosidad, y si una persona con enfermedad mental «parece diferente a nosotros» o tiene la culpa de su trastorno); estos variaban según el tipo de enfermedad. Hace menos tiempo, el programa exhaustivo *Time to Change* se asoció con reducciones significativas en los niveles de discriminación comunicados por las personas que utilizan los servicios de salud mental.²⁹ En este programa, muchas figuras prominentes, incluido un miembro del Gobierno, dieron a conocer sus historias personales sobre vivir con enfermedad mental.

Quizás la campaña antiestigma más estudiada sea *Like Minds, Like Mine* de Nueva Zelanda.^{30,31} Esta campaña basada en la investigación consta de anuncios en televisión, radio y cine estratégicamente colocados (algunos muestran personas conocidas y respetadas en todo el país con experiencias relacionadas con la enfermedad mental), actividades de relaciones públicas para dar respaldo a los mensajes de los anuncios (incluidos entrevistas y artículos en medios de comunicación) y actividades educativas y básicas locales más dirigidas. Las encuestas de seguimiento nacional encontraron que el conocimiento de los mensajes de la campaña era alto y resultaban evidentes cambios importantes en las actitudes y el comportamiento, así como descripciones de reducción del estigma y la discriminación.

Es crucial recalcar que simplemente enseñar datos sobre la enfermedad mental no es suficiente para acabar con el estigma. Una revisión de estudios muestra que, a pesar de su mayor conocimiento, los psiquiatras y otros profesionales de la salud mental podrían mantener y perpetuar actitudes estigmatizadoras hacia las personas con una enfermedad mental grave (p. ej., al no querer vivir cerca de ellos o creer que no deberían casarse ni tener hijos).³² También es importante vigilar las iniciativas antiestigma en busca de efectos dañinos inintencionados. Por ejemplo, antaño se pensaba que reformular las enfermedades mentales como «enfermedades cerebrales» de base biológica reduciría el estigma. Investigaciones recientes indican que estar convencido de la causalidad biogenética puede, en realidad, aumentar el deseo de guardar una distancia social respecto a los enfermos mentales, especialmente en el caso de la esquizofrenia.³³ Del mismo modo, la comparación de la enfermedad mental con enfermedades crónicas (como diabetes y alergias), si se exagera, tal vez subestime incorrectamente los efectos de la enfermedad mental y cree nuevas percepciones erróneas.³⁴

Efectos de los medios de comunicación de masas sobre el suicidio

Un gran conjunto de investigaciones en múltiples países demuestran sin lugar a dudas que la exposición a noticias de suicidios en los medios aumenta los intentos y las muertes por suicidio. Las revisiones de los estudios han encontrado que las historias de suicidios, ficticias y reales, pueden conducir a la imitación, pero que el efecto de las historias en los informativos tiende a ser mayor.³⁵ Ciertos factores parecen aumentar la probabilidad de imitación; entre estos se cuentan historias de famosos (artistas o políticos) que se suicidan, la cobertura informativa extensa y prominente del suicidio, la cobertura sensacionalista o que convierte al suicidio en glamuroso, y las descripciones detalladas del método de suicidio. La imitación disminuye si se exponen las consecuencias negativas del suicidio

(como la desfiguración del cuerpo, el suicidio relacionado con sectas o el sufrimiento de los supervivientes y su repulsa). Los adolescentes y adultos jóvenes quizás serían más propensos a imitar suicidios recogidos en los medios, especialmente cuando las historias son de víctimas de su grupo de edad.³⁶

Un estudio de 1 año sobre más de 4.600 informaciones relacionadas con el suicidio en periódicos, radio y televisión de Australia encontró que las historias en la televisión tenían un efecto mayor que las de los periódicos o la radio (en contra de algunos estudios anteriores que encontraron que las noticias de los periódicos eran más influyentes).³⁷ También se observó un efecto mayor si se producían múltiples noticias de suicidio muy próximas, y cuando las historias se ocupaban de suicidios consumados a diferencia de intentos o ideas de suicidio.

Los datos científicos indican que cambiar el contenido y el tono de la cobertura del suicidio en los medios afecta a las tasas de suicidio. En Viena, la inauguración de un nuevo sistema de metro llevó a un aumento de los suicidios en el metro que se agravó por las noticias dramáticas de los medios. La creación de una campaña de prevención del suicidio en los medios y las directrices a los reporteros llevaron a un descenso espectacular de los intentos de suicidio y suicidios consumados en el metro.³⁸ Las nuevas directrices sobre la información referente al suicidio en los medios plantean formas en que los psiquiatras pueden ayudar a instruir al público.³⁹ Cuando sean entrevistados por reporteros, es importante recalcar la conexión entre la enfermedad mental (especialmente la depresión) y el suicidio, y aportar información de recursos destinados a prevenir suicidios y ayudar a los supervivientes del suicidio. Hay que evitar el lenguaje cargado, como «consumado», «fallido» o «exitoso» a la hora de describir el suicidio; estas palabras implican actos delictivos o un juicio de los resultados, lo que dificulta situar el suicidio en el ámbito de la salud mental. También es importante no asociar los suicidios con explicaciones simplistas de la causación, como «lo despidieron, o le dejó su novia, y se suicidó». Hay que tener cuidado de no dejarse llevar y hacer comentarios sobre una situación clínica compleja en la que uno no ha participado. Las historias de personas que afrontan positivamente a pesar de sus circunstancias difíciles y sus ideas suicidas podrían tener un efecto protector frente al suicidio.⁴⁰

Efectos del contenido de los medios de comunicación sobre el comportamiento infantil

Para los niños estadounidenses modernos, la interacción con los medios es básicamente un trabajo de jornada completa. Una encuesta nacional de 2010 a niños (de 8 a 18 años) sobre su uso de los medios encontró que dedican una media de 7,5 h al día a contactar con medios de comunicación recreativos (incluido material impreso) (fig. 93-2).⁴¹ Debido a la «multitarea» o al uso de múltiples medios a la vez, realmente se exponían a 10 h y 45 min de contenido. A pesar de la proliferación de los nuevos medios de comunicación, la televisión en directo o con demora temporal seguía ocupando la mayor parte del tiempo dedicado a los medios: 4,5 h al día. En su dormitorio, el 71% de los niños tenían televisión y

un tercio contaban con acceso a Internet. Dos terceras partes de los niños encuestados tenían teléfono móvil en 2010, a diferencia del 39% en la encuesta de 2005; de media, pasaban casi 1 h al día dedicados a la música, los juegos o programas de televisión en el teléfono. El tiempo consumido en los medios se dispara al principio de la adolescencia; los adolescentes de 11 a 14 años son los máximos consumidores. Mientras que la mayoría de los respondedores de la encuesta referían niveles altos de satisfacción personal (p. ej., se llevaban bien con los progenitores y tenían muchos amigos), los que estaban menos satisfechos tenían más probabilidades de consumir más. Varios estudios han explorado el uso de los medios y las relaciones con los progenitores y los compañeros, con resultados inconstantes; sin embargo, un consumo elevado de televisión parece estar especialmente ligado al riesgo de apego parental bajo.⁴²

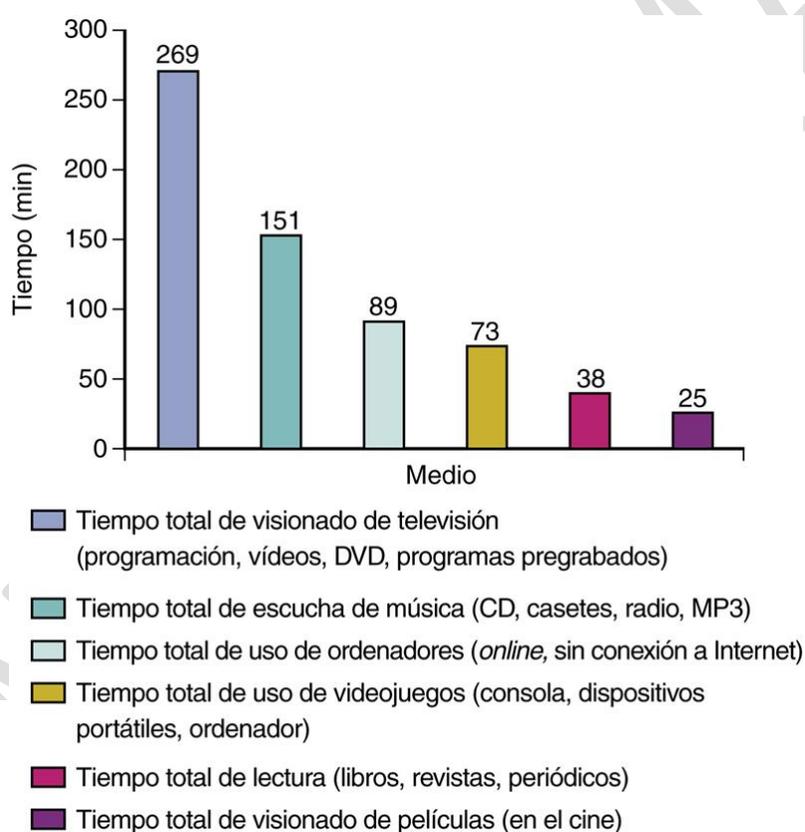


FIGURA 93-2 Promedio del tiempo dedicado a los medios recreativos por niños de 8 a 18 años un día normal. Hay que destacar que el 29% de uso de los medios era simultáneo (p. ej., ver la televisión mientras jugaban a un videojuego en el teléfono), de modo que el promedio del tiempo de consumo total fue de 7 h y 38 min, mientras que la exposición total a los medios sumaba 10 h y 45 min. (Reproducido a partir de Rideout, Foehr & Roberts, Kaiser Family Foundation, 2010.)

El efecto del contenido de los medios (especialmente el violento) sobre el comportamiento de los niños es una preocupación crónica de los psiquiatras, los progenitores y los legisladores.⁴³ Desafortunadamente, es difícil realizar estudios sobre los efectos de los medios. No es posible asignar aleatoriamente a los niños a consumir o a evitar los medios. Los estudios longitudinales se ven dificultados por problemas de medidas y definiciones (p. ej., tiempo de visionado total de televisión usado como sustituto de exposición a la violencia) y por el hecho de que el contenido y la tecnología de los medios están cambiando continuamente.⁴⁴ Los estudios de correlación no demuestran causalidad, ni tampoco la dirección de posibles relaciones entre el contenido de los medios y el comportamiento. Por último, los estudios experimentales casi nunca miden los efectos de la exposición a los medios sobre la violencia física real; las medidas de resultados típicas (como cambios de actitudes o sentimientos medidos directamente después de la exposición) podrían tener un uso limitado a la hora de predecir la violencia en el mundo real. Hasta ahora, la investigación no ha respaldado un nexo causal entre la violencia de los medios y la violencia criminal, mientras que hay un respaldo sólido para otros factores de riesgo, como los progenitores maltratadores y la pobreza familiar.⁴⁵

A pesar de estas limitaciones, un gran conjunto de investigaciones indican que la televisión y otros medios electrónicos podrían enseñar comportamientos y actitudes violentos, desensibilizar a los espectadores en relación con la violencia y promover el miedo a ser víctimas de la violencia. Sin embargo, los efectos del contenido violento dependen de cómo se muestre la violencia, además de las características del niño (p. ej., estadio del desarrollo, característica de la agresividad y experiencias vitales previas) y el contexto social y físico del uso de los medios. Todos estos afectan al significado y la interpretación de la violencia, y, en última instancia, a las lecciones aprendidas por los espectadores.⁴⁶

El estudio de mayor tamaño sobre contenido violento hasta la fecha, el National Television Violence Study,⁴⁷ contó con un análisis del contenido de 10.000 h de programación de televisión (dramas, comedias, películas, vídeos musicales, programas de «telerrealidad» y programas infantiles) (tabla 93-3). El contenido definido como «violento» incluía amenazas de violencia creíbles, el uso de la fuerza con intención de hacer daño a «un ser animado o grupo de seres» y las consecuencias dañinas de actos violentos no vistos.

Tabla 93-3

Influencia de las características del contexto en los riesgos asociados a la violencia en la televisión

| Características contextuales | Efectos nocivos de la violencia en la televisión | | |
|-------------------------------------|---------------------------------------------------------|--------------|--------------------------|
| | <i>Agresividad</i> | <i>Miedo</i> | <i>Desensibilización</i> |
| Autor atractivo | ↑ | — | — |

| Características contextuales | Efectos nocivos de la violencia en la televisión | | |
|-------------------------------------|---------------------------------------------------------|--------------|--------------------------|
| | <i>Agresividad</i> | <i>Miedo</i> | <i>Desensibilización</i> |
| Víctima atractiva | — | ↑ | — |
| Violencia justificada | ↑ | — | — |
| Violencia injustificada | ↓ | ↑ | — |
| Armas convencionales | ↑ | — | — |
| Violencia extensa/gráfica | ↑ | ↑ | ↑ |
| Violencia realista | ↑ | ↑ | — |
| Recompensas | ↑ | ↑ | — |
| Castigos | ↓ | ↓ | — |
| Muestras de dolor/daño | ↓ | — | — |
| Humor | ↑ | — | ↑ |

Tomado del National Television Violence Study 3.

↑, probablemente aumentará el resultado; ↓, probablemente reducirá el resultado; —, sin relación, o investigación inadecuada para establecer una predicción.

Los investigadores concluyeron que el riesgo de aprender comportamientos agresivos aumenta cuando el autor de la violencia es atractivo, la violencia se considera justificada, la violencia (y las armas usadas) es realista, la violencia resulta recompensada (o al menos no recibe un castigo) o se muestra como divertida. El riesgo disminuye si la violencia es castigada o se muestran las consecuencias negativas de la violencia (p. ej., dolor).

Aunque el contenido violento es el que ha recibido más atención, los medios de comunicación de masas también conforman el conocimiento de los niños de las relaciones sociales y sus expectativas acerca del comportamiento y la apariencia. En los contenidos televisivos, las películas, las revistas y los juegos electrónicos a menudo se presentan niños con una imagen corporal irreal y nada saludable. Un gran estudio prospectivo de niños de 9 a 14 años encontró que intentar parecerse a las imágenes que ofrecen los medios de personas del mismo sexo predecía la aparición de la preocupación por el peso y de seguir dietas continuamente en niñas y niños,⁴⁸ pero una revisión reciente de las investigaciones alerta de que los medios de comunicación probablemente solo ocupen un lugar secundario.⁴⁹

Un medio de especial interés para los psiquiatras son los videojuegos, especialmente aquellos con contenido violento o sexual (o ambos). El término *videojuego* quizás sea incorrecto, herencia de los tiempos de tubos de rayos catódicos con sus personajes esquemáticos e historias simples. Hoy en día el medio es muchísimo más sofisticado gráficamente, interactivo y estructuralmente complejo. Al igual que otras nuevas tecnologías, los videojuegos y los juegos de ordenador pueden parecer extraños o amenazantes a los adultos que no crecieron con ellos.

La disponibilidad y el uso de juegos interactivos han aumentado espectacularmente en los últimos años. En un día cualquiera, el 60% de los niños estadounidenses de 8 a 18 años juegan en una consola, un dispositivo portátil o un teléfono móvil; y aproximadamente un tercio (35%) juegan en un ordenador.⁴⁸ El contenido de los juegos es cada vez más realista y los juegos más vendidos son con frecuencia violentos, lo que es motivo de preocupación para los clínicos, los progenitores y los legisladores en el sentido de si la exposición a esos juegos podría ser un factor de riesgo o desencadenante de la agresividad real (fig. 93-3).

AUMENTO DE LAS VENTAS UNITARIAS DE VIDEOJUEGOS Y JUEGOS PARA ORDENADOR EN EE. UU., EN MILLONES

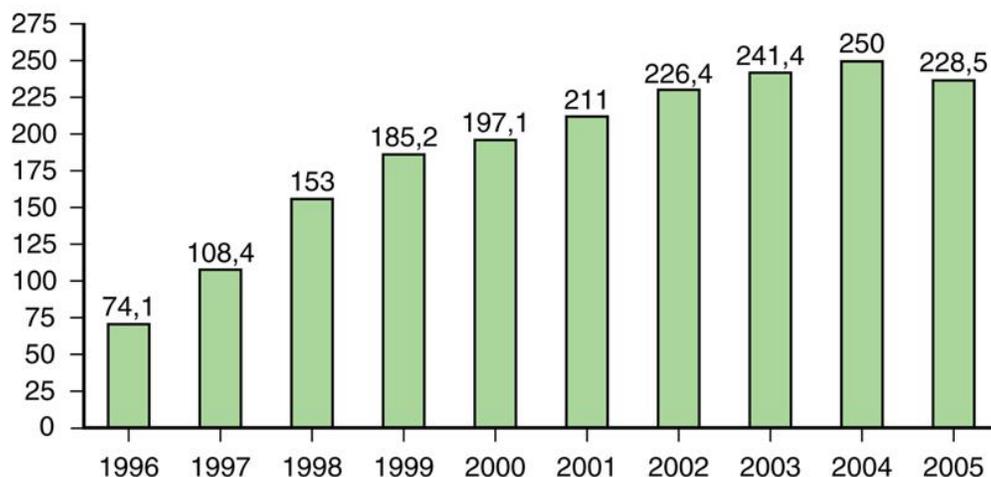


FIGURA 93-3 Ventas unitarias de videojuegos según el año. (Reproducido a partir de Entertainment Software Association: Essential facts about the computer and video game industry: 2006 sales, demographic and usage data.)

Se han publicado docenas de estudios referentes a los efectos de los juegos electrónicos interactivos sobre los niños y los adolescentes. Hasta hace poco tiempo, la mayor parte de la investigación se centraba en las posibles consecuencias negativas sobre el comportamiento, el rendimiento académico o la desensibilización en relación con la violencia.⁵⁰ Algunas revisiones de la investigación acerca de los videojuegos violentos concluyeron que los efectos de los juegos son pequeños o mixtos;^{51,52} otras plantearon que los indicios respaldan un efecto constante de gran tamaño de los juegos violentos sobre los pensamientos, los sentimientos y los comportamientos agresivos.⁵³

Al igual que sucedía con la investigación de los efectos de la televisión, las definiciones y medidas variables, y el contenido y la tecnología rápidamente cambiantes dificultan la extracción de lecciones prácticas de muchos estudios sobre los efectos de la violencia en los videojuegos. Los jóvenes hostiles o agresivos podrían sentirse atraídos hacia los juegos violentos, que tal vez aumenten o disminuyan el mal comportamiento de un alumno individual; es posible que los escolares que van mal en el colegio acudan a los juegos como forma de demostrar su competencia.

Algunos estudios han analizado los efectos de los juegos interactivos (tanto de los especialmente diseñados para tales estudios como de los disponibles en el mercado) sobre la salud y el bienestar. Según su contenido, los juegos interactivos pueden promover el desarrollo de habilidades cognitivas⁵⁴ (como la representación espacial, la interpretación de diagramas [habilidades icónicas] y la atención visual) y habilidades de solución de problemas.⁵⁵ Los videojuegos han resultado alentadores como herramienta terapéutica para el control del dolor y la fisioterapia, la transmisión de habilidades sociales a niños con discapacidad (p. ej., autismo),⁵⁶ y en el tratamiento del trastorno de estrés posttraumático (TEPT) en veteranos de guerra.⁵⁷

Se necesitan más estudios sobre los efectos diferenciales de los medios en niños con enfermedades mentales (como depresión y trastorno por déficit de atención). Un análisis de muchachos en los primeros años de la adolescencia con síntomas clínicamente elevados de atención o internalización en la lista de verificación de síntomas pediátricos no encontró relación entre la exposición a videojuegos violentos y más delincuencia o acoso escolar.⁵⁸ Algunos niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) son maestros en videojuegos y ordenadores, lo que puede aportar una fuente muy valiosa de autoestima. El uso sensato de juegos interactivos quizás promueva las relaciones sociales y el aprendizaje en las aulas para los niños del sexo masculino con TDAH.⁵⁹ Algunas descripciones anecdóticas también indican que los videojuegos facilitan las relaciones terapéuticas, ayudan a la valoración y aclaran los conflictos en la psicoterapia con niños.⁶⁰

Educación en los medios: consejos destinados a los progenitores sobre el uso de los medios

La mayoría de los niños de 8 años o menos no son capaces de diferenciar fielmente la fantasía de la realidad, ni pueden comprender motivos e intenciones complejos. Se centran más en la apariencia de algo que en lo dicho acerca de ello.⁶¹ Los niños mayores comienzan a captar aspectos más sutiles del contenido (como argumentos, temas y contexto histórico o geográfico) y la forma en que estos se combinan con elementos técnicos para influir en cómo les hace sentirse el programa. También empiezan a cuestionar las motivaciones subyacentes a los comportamientos de los personajes (desde la sexualidad hasta el consumo de drogas y otras sustancias) y aspectos de su apariencia (p. ej., ropa o peso) e identificar estereotipos peligrosos (como la representación de «locos»). Este enfoque analítico de la comprensión de los objetivos y los efectos de los medios de comunicación se conoce como «educación en los medios».

Las siguientes preguntas pueden constituir principios para comentar con niños mayores cuando los progenitores ven programas de televisión o anuncios con ellos:⁶²

- ¿Quién creó este mensaje y por qué lo están emitiendo? ¿Quién es el dueño y se beneficia de ello?
- ¿Qué técnicas están usando para atraer y mantener la atención?
- ¿Qué estilos de vida, valores y puntos de vista están representados en este mensaje?
- ¿Qué se ha omitido del mensaje? ¿Por qué no se incluyó?
- ¿Cómo podrían interpretar este mensaje diferentes personas?

La proliferación y la ubicuidad de las tecnologías de los medios dificultan que los progenitores vigilen el contenido existente para sus hijos. Existen varias herramientas y recursos que ayudan a los progenitores con esta misión. En www.parentalguide.org se encuentra un resumen de sistemas de clasificación de televisión, películas, música y videojuegos. Esta página web está patrocinada por grupos de la industria del espectáculo; también contiene enlaces a todas sus páginas, donde se responden las preguntas frecuentes sobre los sistemas de clasificación. La página web de la Federal Trade Commission (FTC) también contiene información y permite que los progenitores presenten reclamaciones.⁶³

Las nuevas tecnologías facilitan el control del uso infantil de la televisión, los ordenadores y las consolas de videojuegos, incluso en ausencia de los progenitores. El 1 de enero de 2000 la Federal Communications Commission estadounidense exigió que todos los televisores mayores de 13 pulgadas incluyeran tecnología que permita a los progenitores bloquear el acceso a programas inapropiados. El «V-Chip» hace que los progenitores puedan emplear un «código de control parental» como contraseña para activar o modificar los parámetros del V-Chip. Los programas se bloquean según categorías de edad o etiquetas de contenido. Por ejemplo, un progenitor bloquearía todos los programas clasificados como TV-14 o solo aquellos que contengan violencia (TV-14-V). El V-Chip también es capaz de bloquear películas con la clasificación de la Motion Picture Association of America (MPAA), por ejemplo, PG-13 y R, incluidas películas no editadas en canales de pago. Desafortunadamente, el V-Chip resulta difícil de encontrar y complicado de programar, especialmente por el conocimiento habitualmente limitado que tienen los progenitores del sistema de clasificación. Un estudio de 2007 encontró que solo el 16% de los progenitores habían usado alguna vez el V-Chip, y solo la mitad sabían que lo tenían.⁶⁴

Los descodificadores o teclados de la televisión de pago están equipados con controles parentales (v. ControlYourTV.org). Otros equipos digitales más avanzados pueden permitir múltiples opciones, como bloquear según la fecha, la hora, el canal, el título del programa y la clasificación del programa de televisión o la película ([cuadro 93-1](#)).⁶⁵

Cuadro 93-1 Sistemas de clasificación de los medios

Sistema voluntario de clasificación de películas

(Motion Picture Association of America y National Association of Theatre Owners, 1968)

- G: todos los públicos (*general audience*). Permitido para todas las edades.
- PG: se indica orientación parental (*parenteral guidance*). Es posible que parte del material no sea adecuado para niños.
- PG-13: se advierte encarecidamente a los padres. Es posible que parte del material sea inapropiado para niños menores de 13 años.
- R: restringido. Los menores de 17 años tienen que estar acompañados por un progenitor o tutor adulto.
- NC-17: no aptas para niños de 17 o menos años.

Directrices parentales sobre televisión

Diseñadas para aplicarse con el V-Chip presente en todos los televisores desde 2000. Los padres pueden bloquear la programación según grupos de edad o etiquetas de contenido (V, FV, S, L, D). Los programas son clasificados voluntariamente por las cadenas de televisión gratuitas y de pago:

- TV-Y: todos los niños; diseñados para el público infantil de 2 a 6 años.
- TV-Y7: dirigido a niños mayores, de 7 años o más (puede incluir violencia ligera de fantasía o violencia de risas, o es posible que asuste a niños más pequeños).
- TV-Y7-FV: dirigido a niños mayores; violencia de fantasía (*fantasy violence*).
- TV-G: todos los públicos (*general audience*). La mayoría de los progenitores encontrarían el contenido apropiado para todas las edades.

- TV-PG: se indica orientación parental (*parenteral guidance*). Puede contener violencia moderada (V), algunas situaciones sexuales (S), lenguaje grosero infrecuente (L) o algún diálogo sugerente (D).
- TV-14: se advierte encarecidamente a los progenitores. Cierta material que muchos progenitores encontrarían inadecuado para niños menores de 14 años. Contiene violencia intensa (V), situaciones sexuales intensas (S), lenguaje grosero procaz (L) y/o diálogos intensamente sugerentes (D).

Clasificación de la música: advertencia parenteral

(Recording Industry Association of America, 1985)

El logotipo PAL (*Parenteral Advisory: Explicit Content*, 'Advertencia parental: contenido explícito') aparece en grabaciones de audio que contienen lenguaje grosero o descripciones de violencia, sexo o consumo de drogas y otras sustancias en un grado tal que merece la notificación parental. La elección de usar el aviso PAL la toma la discográfica o el artista, según la moralidad cultural y las referencias contemporáneas, el contexto en el cual se usará el material, etc. También se aplica a productos audiovisuales como DVD de vídeos musicales, conciertos o vídeos de música.

Clasificaciones de videojuegos y juegos para ordenador: comité de clasificación del software recreativo

(Organismo autorregulador; establecido por la Entertainment Software Association, 1994)

- EC: primera infancia (*early childhood*; puede ser apropiado para niños de 3 años y más).
- E: todos (*everyone*; puede ser apropiado para niños de 6 años y más).
- E10+: todos los de 10 años o más
- T: adolescentes (*teen*; puede ser apropiado para aquellos de 13 años y más). Es posible que contenga violencia, temas sugerentes, humor vulgar, un poco de sangre, juegos de azar simulados y/o uso infrecuente de lenguaje grosero.
- M: madurez (puede ser apropiado para personas de 17 años y más). Es posible que contenga violencia intensa, sangre y vísceras, contenido sexual y/o lenguaje grosero.
- AO: solo adultos (*adults only*; debería ser jugado únicamente por personas de al menos 18 años). Puede contener escenas prolongadas de violencia intensa y/o contenido sexual gráfico y desnudos.

Tomado de www.parentalguide.org.

Los ordenadores domésticos son un problema en lo que se refiere al acceso de contenido inapropiado (como pornografía) y la divulgación de información privada identificadora. La Children's Online Privacy Protection Act (COPPA), de 1998, obliga a que los operadores de páginas web publiquen su política de privacidad y obtengan el consentimiento parental antes de recoger, usar o revelar información personal acerca de un niño menor de 13 años. Los progenitores también pueden revisar la información personal recogida sobre sus hijos, y decidir revocar el consentimiento y borrarla. La información sobre las políticas, así como recomendaciones para progenitores, profesores y niños respecto al uso seguro de Internet, están recogidas en la página web de la FTC.⁶⁵ Quizás resulte más preocupante el uso de

dispositivos portátiles, como teléfonos inteligentes y tabletas que ofrecen acceso a los niños en cualquier momento. Los mensajes de texto son actualmente el medio más frecuente de comunicación cotidiana en los adolescentes, que a menudo intercambian docenas de mensajes al día.⁶⁶ Se ha dedicado muy poca atención a ayudar a los jóvenes a apreciar las implicaciones personales o incluso legales de publicar fotografías y comentarios apropiados en las redes sociales, como Facebook o Twitter. Gorrindo et al. describen estrategias para ayudar a los niños a calmarse y pensar antes de enviar contenido o mensajes de texto.⁶⁷

GetNetWise.org,⁶⁸ una página web respaldada por una coalición de grupos de presión y la industria, contiene una guía de seguridad *online* con mensajes adaptados a las edades de los niños y actividades probables (como chat, correo electrónico, mensajes de texto instantáneos y grupos de noticias). Por ejemplo, a medida que los preadolescentes comienzan a dominar el pensamiento abstracto y pueden explorar más contenidos por sí mismos, es importante hablar sobre la credibilidad del contenido de Internet y cómo determinar la calidad o los sesgos de lo que encuentran. La página también revisa las tecnologías existentes para las familias destinadas a restringir o vigilar el acceso a contenido de Internet. Filtrar el *software* resulta controvertido porque puede bloquear excesivamente e impedir el acceso a páginas inocuas, o bien bloquear demasiado poco y permitir el visionado de material ofensivo. Ninguna tecnología sustituye a la vigilancia parental o hablar con los hijos sobre cómo manejar la exposición inevitable a material inapropiado o hiriente.

Por último, los progenitores tienen cierta capacidad de bloquear contenidos inapropiados en juegos interactivos. Las consolas de videojuegos y los ordenadores personales vienen equipados con controles parentales capaces de impedir la emisión de juegos o DVD según las clasificaciones de la industria (p. ej., todos los juegos clasificados como de madurez). Sin embargo, la clasificación apenas aporta información sobre el contexto o los objetivos de la violencia en un juego concreto; las investigaciones sobre la televisión indican que estos factores podrían determinar cómo resulta afectado un niño por el contenido violento. Así pues, es posible que los progenitores prefieran probar el juego nuevo con su hijo, o al menos observar una sesión de juego, antes de permitir que juegue sin supervisión.

Medios de comunicación como parte de la entrevista psiquiátrica

Por la presencia ubicua de los medios electrónicos en la sociedad y las posibles consecuencias negativas sobre la salud, los psiquiatras deberían educarse más en los medios. Quizás sea incluso más importante que la anamnesis de los medios forme parte de la entrevista psiquiátrica (v. [capítulo 2](#)). Los clínicos podrían preguntar a los padres acerca de las tecnologías y contenido de los medios a los que tienen acceso sus hijos, especialmente televisiones, juegos electrónicos y conexión a Internet en el dormitorio, así como cuánto tiempo pasan al día los niños con los medios.

Obtener esta anamnesis no solo informa al médico acerca de la exposición de pacientes potencialmente vulnerables, sino que también permite la oportunidad de hablar de la forma de controlar el uso de los medios digitales. Por ejemplo, es posible ayudar a los

padres a plantear formas de reducir el «tiempo de pantallas» excesivo no supervisado, como no dejar la televisión encendida de fondo o durante las comidas, retirar los televisores de los dormitorios, y usar controles parentales en los ordenadores y en las consolas de videojuegos. Además, podemos animarlos a interesarse más por el contenido de los medios de sus hijos (p. ej., pidiéndoles que aprendan a jugar a su videojuego favorito) y controlar la exposición al contenido inapropiado mediante el uso de clasificaciones y opciones de control parental. Por último, es posible aconsejar a los progenitores a usar recursos de Internet para que ellos mismos y sus hijos aprendan más sobre ciberseguridad.⁶⁷

Uso de los medios de comunicación de masas para educar y contrarrestar el estigma

La forma más directa de educar al público sobre la enfermedad mental es llegar a las personas a través de canales de información populares. En una encuesta de 2001,⁶² el 51% de los participantes dijeron que la televisión (especialmente los informativos de televisión) era su fuente más importante de información y noticias sobre temas de salud. Aunque los clínicos e investigadores reconozcan el poder de los medios de comunicación de masas como herramientas de salud pública y educación para la promoción de la salud mental, la prevención primaria y la reducción del estigma, pocos psiquiatras reciben formación reglada sobre el uso de esas herramientas. Además, a muchos les preocupa que las iniciativas de trabajar con los medios sean consideradas por parte de los colegas como autopromoción, más que educación al público.

Con el fin de abordar estos problemas, se ha incorporado formación reglada e informal sobre los medios de comunicación en los proyectos curriculares de la formación en psiquiatría infantil y de adolescentes del Massachusetts General Hospital/McLean Hospital. Esa formación consiste en seminarios de comunicación sobre la salud (p. ej., sesiones de práctica estructuradas con transmisiones simuladas y entrevistas impresas) y oportunidades de participar en proyectos de divulgación a través de medios de comunicación. Algunos de los puntos destacados en esas sesiones pueden ser adaptados fácilmente por psiquiatras experimentados que deseen explorar el uso de los medios de comunicación de masas como extensiones de su práctica clínica o investigación.

Hay tres tipos generales de «desencadenantes» para el contacto con los medios de comunicación de masas:

- *Contacto por parte de periodistas o productores sobre una noticia concreta.* Esta es probablemente la primera interacción más frecuente entre un médico y la prensa. Por ejemplo, el clínico recibe una llamada de teléfono de un periodista que está escribiendo un reportaje sobre niños locales sometidos a malos tratos sexuales, o de un periodista encargado de producir un programa de televisión sobre el presunto aumento del autismo en las últimas generaciones.
- *Promoción de una idea.* Esto incluye la promoción de nuevos servicios clínicos o de un libro, la interpretación de hallazgos de investigación para el público general o los legisladores, o incluso una campaña relacionada con la salud mental en los medios.
- *Uso de oportunidades naturales, como noticias nacionales de última hora, para ayudar a guiar la cobertura de esa información y los tópicos relacionados.* Por ejemplo, las dudas y la

publicidad reciente sobre el uso de antidepresivos en niños dio la oportunidad a los psiquiatras infantiles de manifestarse en prensa no solo sobre ese tema específico sino también acerca de la naturaleza de los trastornos afectivos infantiles, el objetivo y los límites de esos tipos de estudios y las dificultades que los progenitores de niños con enfermedad mental tienen para buscar ayuda.

Si la historia se basa en investigaciones recién publicadas, es importante aportar información que ayude a los periodistas a situar esos hallazgos en perspectiva. Por ejemplo, una mención en un estudio de pequeño tamaño de que la cuarta parte de los pacientes con esquizofrenia llevaban armas durante los episodios psicóticos condujo a titulares histriónicos sobre pacientes mentales peligrosos.⁶⁹ Hay que ser explícito sobre qué significan los datos y qué es lo que no dicen, y cuáles podrían ser las implicaciones prácticas. Siempre que sea posible, debe intentarse situar los datos en un contexto real. Si el objetivo es aumentar el reconocimiento de la depresión, resulta más convincente asegurar que en cada aula de secundaria hay al menos un alumno con depresión no diagnosticada, y dar ejemplos de lo que podría significar una depresión no tratada para el futuro de ese niño, que recitar estadísticas. Pensar en términos de ejemplos e imágenes visuales también ayuda a convertir la información en lenguaje no técnico (cuadro 93-2).

Cuadro 93-2 Puntos clave en el trabajo con periodistas sobre noticias de salud mental

- Esté atento a premisas incorrectas y corríjalas: por ejemplo, la enfermedad mental es una debilidad, las personas con enfermedad mental son violentas, es un problema de mala crianza.
- Rechace contestar preguntas hipotéticas. Quédese con lo que sabe.
- Ayude a situar los datos en perspectiva. ¿Se puede generalizar a partir de un solo estudio? ¿Cuál es la diferencia entre significación estadística y relevancia práctica?
- Emplee marcos de referencia que el público general pueda comprender inmediatamente: por ejemplo, en un aula típica acostumbra a haber un niño que se está enfrentando a una depresión no diagnosticada ni tratada.
- Evite la jerga técnica y los términos excesivamente simplistas. Asuma que el público es inteligente pero desconocedor del tema.

Es posible usar estas mismas técnicas de forma proactiva, más que reactiva. Ya se esté promoviendo la expansión de servicios en un centro de salud mental comunitario o trabajando en una iniciativa nacional de reducción del estigma, la eficacia aumentará si se empieza por un plan detallado de estrategia y puesta en práctica. Los asuntos clave que debe abordar el plan son los siguientes:

- *¿A quién está dirigido el mensaje?* Hay que ser lo más concreto posible (p. ej., progenitores de niños que van a comenzar la educación secundaria). Es útil pensar en los tipos de medios que los miembros del público en cuestión escuchan, ven o leen regularmente. A veces es posible usar eficazmente los medios de comunicación de masas para influir en un grupo muy pequeño pero esencial de personas, como usar las noticias/tertulias de la radio para llegar a los legisladores estatales que están a punto de votar una ley concreta.
- *¿Cuál es el mensaje exactamente?* Las entrevistas en los medios no ofrecen tiempo ni espacio para argumentos complejos. Con demasiada frecuencia, los profesionales de la

salud mental se centran exclusivamente en transmitir una información detallada, como listas de síntomas. Hay que evitar pensar en términos genéricos (p. ej., «mi objetivo es hablar a los progenitores sobre el trastorno bipolar»). Escribir el mensaje con un máximo de tres puntos claros facilita el éxito.

- *¿Cuáles son las respuestas específicas que la audiencia en cuestión debería tener una vez que reciba la información? ¿Cómo debería sentirse alguien después de ver, escuchar o leer el mensaje? (¿Tranquilizado? ¿Empoderado? ¿Avergonzado?) ¿Qué acciones concretas se desean de esa persona? (¿Que hable con su hijo o cónyuge sobre el tema? ¿Que llame a un centro para concertar una cita?)*.
- *¿Cómo se puede identificar el éxito de las iniciativas? ¿Solicitaron más información los lectores? ¿Aumentaron las consultas clínicas? ¿Se aprobó una ley en esa legislatura? Definir los criterios de éxito previamente ayuda a determinar si la información ofrecida a la audiencia en cuestión conduce a respuestas específicas.*

Aunque se necesitan más estudios publicados, los indicios muestran que contactar con periodistas con información de fondo adecuada e ideas para historias positivas mejora la cuantía y el tono de la cobertura de la salud mental.⁷⁰ Si los psiquiatras somos capaces de superar nuestra incomodidad y desarrollar expectativas realistas y objetivos claros, trabajar con los medios de comunicación puede ser con frecuencia una experiencia positiva. Para los clínicos son evidentes varios resultados: ofrece oportunidades de contrarrestar informaciones incorrectas⁷¹ y estereotipos; facilita una apropiada determinación de un diagnóstico y un tratamiento; mejora las relaciones terapéuticas, el cumplimiento y los resultados del tratamiento; y aumenta el apoyo social y político para las familias que luchan con la enfermedad mental. También es importante crear redes con colegas a nivel local e internacional con el fin de mejorar el conocimiento de las formas innovadoras y eficaces de usar los medios de comunicación de masas para el beneficio de la salud mental de la población.

Acceda *online* a las preguntas de opción múltiple (en inglés) en <https://expertconsult.inkling.com>

Bibliografía

1. Jorm AF. Mental health literacy: Empowering the community to take action for better mental health. *Am Psychologist*. 2012;67:231–243.
2. von dem Knesebeck O, Mních E, Daubmann A, et al. Socioeconomic status and beliefs about depression, schizophrenia and eating disorders. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2013;48:775–782.
3. Schomerus G, Schwahn C, Holzinger A, et al. Evolution of public attitudes about mental illness: a systematic review and meta-analysis. *Acta Psychiatr Scand*. 2012;125:440–452.
4. Angermeyer MC, Holzinger A, Carta MG, et al. Biogenetic explanations and public acceptance of mental illness: Systematic review of population studies. *Br J Psychiatry*. 2011;199:367–372.
5. Mojtabai R. American's attitudes toward psychiatric medications: 1998–2006. *Psychiatr Serv*. 2009;60:1015–1025.

6. Corrigan P. How stigma interferes with mental health care. *Am Psychol.* 2004;59:614–625.
7. Weissman MM. Stigma (a piece of my mind). *JAMA.* 2001;285:261–262.
8. Owens PL, Hoagwood K, Horwitz SM, et al. Barriers to children's mental health services. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2002;41:731–738.
9. Coyle JT, Pine DS, Charney SD, et al. Depression and Bipolar Support Alliance consensus statement on the unmet needs in diagnosis and treatment of mood disorders in children and adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2003;42:1494–1503.
10. Pirkis J, Francis C. Mental illness in the news and information media: A critical review, Commonwealth of Australia, April 2012. <http://www.mindframe-media.info/for-media/reporting-mental-illness/evidence-and-research/evidence-about-mental-illness-in-the-media>.
11. Corrigan CW, Watson AC, Gracia G, et al. Newspaper stories as measures of structural stigma. *Psychiatr Serv.* 2005;56:551–556.
12. McGinty EE, Webster DW, Barry CL. Effects of news media messages about mass shootings on attitudes toward persons with serious mental illness and public support for gun control policies. *Am J Psychiatry.* 2013;170:494–501.
13. Angermeyer MC, Matschinger H. The effect of violent attacks by schizophrenic persons on the attitude of the public towards persons with mental illnesses. *Soc Sci Med.* 1996;43(12):1721–1728.
14. Duckworth K, Halpern JH, Schutt RK, et al. Use of schizophrenia as a metaphor in US newspapers. *Psychiatr Serv.* 2003;54:1402–1404.
15. Clarke J. Mad, bad and dangerous: the media and mental illness. *Mental Health Practice.* 2004;7(10):16–19.
16. Lawson A, Fouts G. Mental illness in Disney animated films. *Can J Psychiatry.* 2004;49:310–314.
17. Wahl O, Hanrahan E, Karl K, et al. The depiction of mental illness in children's television programs. *J Community Psychol.* 2007;35:121–133.
18. Wahl OF. Depictions of mental illnesses in children's media. *J Mental Health.* 2003;12(3):249–258.
19. Butler JR, Hyler SE. Hollywood portrayals of child and adolescent mental health treatment: implications for clinical practice. *Child Adolesc Psychiatr Clin North Am.* 2005;14(3):509–522.
20. Hyler SE. Stigma continues in Hollywood. *Psychiatr Times.* 2003;20:33–34.
21. Walter G, McDonald A. About to have ECT? Fine, but don't watch it in the movies. *Psychiatr Times.* 2004;21:65–68.
22. Euba R, Crugel M. The depiction of electroconvulsive therapy in the British press. *J ECT.* 2009;25:265–269.
23. Angermeyer MC, Matschinger H, Corrigan PW. Familiarity with mental illness and social distance from people with schizophrenia and major depression. *Schizophrenia Res.* 2004;69:175–182.
24. Reinke RR, Corrigan PW, Leonhard C, et al. Examining two aspects of contact on the stigma of mental illness. *J Soc Clin Psychol.* 2004;23(3):377–389.
25. Corrigan PW. Target-specific stigma change: a strategy for impacting mental illness. *Psychiatr Rehab J.* 2004;28(2):113–121.

26. Warner R. Local projects of the World Psychiatric Association programme to reduce stigma and discrimination. *Psychiatr Serv.* 2005;56:570–575.
27. Paykel ES, Hart D, Priest RG. Changes in public attitudes to depression during the Defeat Depression campaign. *Br J Psychiatry.* 1998;173(12):519–522.
28. Crisp A, Gelder M, Goddard E, et al. Stigmatisation of people with mental illness: A follow-up study with the Changing Minds campaign of the Royal College of Psychiatrists. *World Psychiatry.* 2005;4:106–113.
29. Henderson C, Thornicroft G. Evaluation of the Time to Change programme in England 2008-2011. *Br J Psychiatry.* 2013;202:s45–s48.
30. Vaughan G, Hansen C. Like Minds, Like Mine™: a New Zealand project to counter the stigma and discrimination associated with mental illness. *Australas Psychiatry.* 2004;12(2):113–117.
31. New Zealand Ministry of Health. Like Minds, Like Mine national plan 2003-2005, Wellington, NZ, September 2003.
32. Wahl O, Aroesty-Cohen E. Attitudes of mental health professionals about mental illness: A review of the recent literature. *J Community Psychol.* 2010;38:49–62.
33. Angermeyer MC, Holzinger A, Carta MG, et al. Biogenetic explanations and public acceptance of mental illness: review of population studies. *Br J Psychiatry.* 2011;199:367–372.
34. No author. Why having a mental illness is not like having diabetes. *Schizophr Bull* 33:846-847, 2007.
35. Stack S. Suicide in the media: a quantitative review of studies based on nonfictional stories. *Suicide Life Threat Behav.* 2005;35:121–133.
36. Gould M, Jamieson P, Romer D. Media contagion and suicide among the young. *Am Behav Sci.* 2003;46:1269–1284.
37. Pirkis JE, Burgess PM, Francis C, et al. The relationship of media reporting of suicide and actual suicide in Australia. *Soc Sci Med.* 2006;62:2874–2886.
38. Etzersdorfer E, Sonneck G. Preventing suicide by influencing mass-media reporting: the Viennese experience 1980-1996. *Arch Suicide Res.* 1998;4:67–74.
39. World Health Organization. Preventing suicide: A resource for media professionals, 2008. Available at: www.who.int/mental_health/prevention/suicide/resource_media.pdf.
40. Niederkrotenthaler T, Voracek M, Herberth A, et al. Role of media reports in completed and prevented suicide: Werther v. Papageno effects. *Br J Psychiatry.* 2010;197:234–243.
41. Rideout VJ, Foehr UG, Roberts DF. *Generation M: Media in the lives of 8-18 year-olds*. Menlo Park, CA: Kaiser Family Foundation; 2010.
42. Richards R, McGee R, Williams SM, et al. Adolescent screen time and attachment to parents and peers. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2010;164:258–262.
43. Olson CK, Kutner L, Beresin EV. Children and video games: How much do we know? *Psychiatric Times.* 2007; Available at: <http://www.psychiatristimes.com/showArticle.jhtml?articleId=202101008>.
44. Anderson DA, Hanson KG. Children, media, and methodology. *Am Behav Sci.* 2009;52:1204–1219.
45. Savage J. The role of exposure to media violence in the etiology of violent behavior: A criminologist weighs in. *Am Behav Sci.* 2008;51:1123–1136.

46. Huesmann LR, Taylor LD. The role of media violence in violent behavior. *Annu Rev Public Health*. 2006;17:393–415.
47. Smith SL, Wilson BJ, Kunkel D, et al. Violence in television programming overall: University of California Santa Barbara study. In: Federman J, ed. *National television violence study 3*. Thousand Oaks, CA: Sage; 1998.
48. Field AE, Camargo Jr CA, Taylor CB, et al. Peer, parent, and media influences on the development of weight concerns and frequent dieting among preadolescent and adolescent girls and boys. *Pediatrics*. 2001;107:54–60.
49. Levine MP, Mumen SK. Everybody knows that mass media are/are not (pick one) a cause of eating disorders: A critical review of evidence for a causal link between media, negative body image, and disordered eating in females. *J Soc Clin Psychol*. 2009;28:9–42.
50. Funk JB. Children’s exposure to violent video games and desensitization to violence. *Child Adolesc Psychiatr Clin North Am*. 2005;14:387–404.
51. Sherry JL. Violent video games and aggression: Why can’t we find effects? In: Preiss RW, ed. *Mass Media Effects Research: Advances Through Meta-Analysis*. New York: Routledge; 2007.
52. Ferguson CJ, Kilburn J. Much ado about nothing: The misestimation and overinterpretation of violent video game effects in Eastern and Western nations. *Psychol Bull*. 2010;136:174–178.
53. Anderson CA, Shibuya A, Ihori N, et al. Violent video game effects on aggression, empathy and prosocial behavior in Eastern and Western countries: A meta-analytic review. *Psychol Bull*. 2010;136:151–173.
54. Subrahmanyam K, Greenfield P, Kraut R, et al. The impact of computer use on children’s and adolescents’ development. *Appl Dev Psychol*. 2001;22:7–30.
55. Adachi P, Willoughby T. More than just fun and games: The longitudinal relationship between strategic video games, self-reported problem solving skills, and academic grades. *J Youth Adolescence*. 2013;42:1041–1052.
56. Griffiths M. Video games and health. *Br Med J*. 2005;331:122–123.
57. Rizzo A, Difede J, Rothbaum BO, et al. Development and early evaluation of the *Virtual Iraq/Afghanistan* exposure therapy system for combat-related PTSD. *Ann N Y Acad Sci*. 2010;1208:114–125.
58. Ferguson CJ, Olson CK. Video game violence use among “vulnerable” populations: The impact of violent games on delinquency and bullying among children with clinically elevated depression or attention deficit symptoms. *J Youth Adolescence*. 2013;43(1):127–136.
59. Ballas P. Recent findings on the psychiatric and behavioral effects of video games on children with ADHD. *Curr Attention Disorders Rep*. 2009;1:139–141.
60. Ceranoglu TA. Video games in psychotherapy. *Rev Gen Psychiatry*. 2010;14:141–146.
61. Hoffner C, Cantor J. Developmental differences in responses to a television character’s appearance and behavior. *Dev Psychol*. 1985;21:1065–1074.
62. Kaiser Family Foundation. *Key facts: media literacy*, pub no 3383, Fall 2003.
63. FTC website. Entertainment ratings. Available at: <http://www.consumer.ftc.gov/features/feature-0024-entertainment-ratings>.
64. *Parents, Children & Media: A Kaiser Family Foundation survey*, pub no 7638, June 2007.

65. Federal Trade Commission. Kids' online safety page. Available at: <http://www.consumer.ftc.gov/topics/kids-online-safety>. [Accessed September 28, 2013].
66. Lenhart A. Teens, Smartphones & Texting, Washington, DC, 2012, Pew Internet & American Life Project. Available at: http://www.pewinternet.org/~media/Files/Reports/2012/PIP_Teens_Smartphones_and_Texting.pdf.
67. Gorrindo T, Fishel A, Beresin EV. Understanding technology use throughout development: What Erik Erikson would say about toddler tweets and Facebook friends. *Focus*. 2012;10:282–292.
68. GetNetWise (Internet Education Foundation). Available at: www.getnetwise.org.
69. Ferriman A. The stigma of schizophrenia. *Br Med J*. 2000;320(7233):522.
70. Stuart H. Stigma and the daily news: evaluation of a newspaper intervention. *Can J Psychiatry*. 2003;48:651–656.
71. Friedman R. The role of psychiatrists who write for popular media: Experts, commentators, or educators? *Am J Psychiatry*. 2009;166:757–759.