

Treball de Fi de Grau

Títol

La representación del trastorno obsesivo-compulsivo en la ficción.
El caso de la serie británica *Pure*.

Autoria

Andrea Viedma Guirao

Professorat tutor

Jesica Ana Florencia Menendez Signorini

Grau

Comunicació Audiovisual	X
Periodisme	
Publicitat i Relacions Públiques	

Tipus de TFG

Projecte	
Recerca	X

Data

21/05/2021

Full resum del TFG

Títol del Treball Fi de Grau:

Català:	La representació del trastorn obsessiu-compulsiu a la ficció. El cas de la sèrie britànica <i>Pure</i> .		
Castellà:	La representación del trastorno obsesivo-compulsivo en la ficción. El caso de la serie británica <i>Pure</i> .		
Anglès:	The representation of obsessive-compulsive disorder in fiction. The case of the British series <i>Pure</i> .		
Autoria:	Andrea Viedma Guirao		
Professorat tutor:	Jesica Ana Florencia Menendez Signorini		
Curs:	2020/21	Grau:	<input checked="" type="checkbox"/> Comunicació Audiovisual <input type="checkbox"/> Periodisme <input type="checkbox"/> Publicitat i Relacions Pùbliques

Paraules clau (mínim 3)

Català:	Pure, TOC, trastorns mentals, sèrie TV
Castellà:	Pure, TOC, trastornos mentales, serie TV
Anglès:	Pure, OCD, mental disorders, TV series

Resum del Treball Fi de Grau (extensió màxima 100 paraules)

Català:	La investigació estudia la representació del trastorn obsessiu-compulsiu (TOC) en la sèrie televisiva <i>Pure</i> per determinar si el seu relat contribueix a l'estigmatització de la patologia. El marc teòric de referència recull les recomanacions sobre el tractament de la salut mental en els mitjans audiovisuals (CAC) i s'utilitza l'anàlisi de contingut per estudiar aspectes del discurs com l'autenticitat de la simptomatologia, la visibilitat de les vies de tractament o l'ús de l'humor. Es conclou que la representació del TOC a la sèrie no és estereotipada i que aquesta ofereix un discurs alternatiu que contribueix a la lluita contra l'estigmatització del trastorn.
---------	--

Castellà:	<p>La investigación estudia la representación del trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) en la serie televisiva <i>Pure</i> para determinar si su relato contribuye a la estigmatización de la patología. El marco teórico de referencia recoge las recomendaciones sobre el tratamiento de la salud mental en los medios audiovisuales (CAC) y se utiliza el análisis de contenido para estudiar aspectos del discurso como la autenticidad de la sintomatología, la visibilidad de las vías de tratamiento o el uso del humor. Se concluye que la representación del TOC en la serie no es estereotipada y que esta ofrece un discurso alternativo que contribuye a la lucha contra la estigmatización del trastorno.</p>
Anglès:	<p>The research studies the representation of obsessive-compulsive disorder (OCD) in the television series <i>Pure</i> to determine if its story contributes to the stigmatization of the disorder. The theoretical framework of reference includes the recommendations on the treatment of mental health in the audiovisual media (CAC) and content analysis is used to study aspects of the discourse such as the authenticity of the symptoms, the visibility of the clinical pathways or the use of humor. It is concluded that the representation of OCD in the series is not stereotyped and that it offers an alternative discourse that contributes to the fight against the stigmatization of the disorder.</p>

u
r
e
p

**La representación del
trastorno obsesivo-
compulsivo en la
ficción.**

**El caso de la serie
británica Pure.**

Andrea Viedma Guirao

**A mis padres, por ser mis referentes,
mis confidentes y mi inspiración.**

**Y a todos aquellos que sufren la marca del estigma,
por su valentía y por su lucha.**

Índice

1. Introducción.....	7
1.1. Justificación del estudio: contexto y utilidad	8
1.2. Estructura y contenido.....	10
2. Determinación del problema de investigación	13
3. Marco teórico.....	16
3.1. Una aproximación al trastorno obsesivo-compulsivo.....	16
3.1.1. Criterios diagnósticos del trastorno obsesivo-compulsivo.....	17
3.1.2. ¿TOC o TOCP?	20
3.1.3. Principales trastornos obsesivo-compulsivos.....	22
3.2. El estigma en el ámbito de la salud mental	25
3.2.1. El papel de los medios de comunicación	27
3.2.2. Contra la estigmatización en los medios.....	29
3.3. El TOC en las series de comedia del siglo XXI	35
3.3.1. El caso <i>Monk</i>	36
3.3.2. Representaciones posteriores	37
3.3.3. <i>Pure</i> : ficha técnica, personajes y recepción.....	39
4. Diseño metodológico	45
4.1. Explicación y justificación de la muestra	45
4.2. Explicación y justificación de la técnica de investigación	46
4.2.1. Ficha de análisis y manual.....	47
4.2.2. Testeo de la técnica de investigación	53
4.3. Desarrollo del análisis	60
4.4. Prevenciones metodológicas.....	61
5. Análisis de resultados.....	64

5.1. Rol	64
5.2. Carácter.....	67
5.3. Síntomas	69
5.4. Interacción.....	72
6. Conclusiones.....	83
6.1. Discusión de los objetivos y las hipótesis.....	83
6.2. Propuestas para próximas investigaciones y reflexión final	87
7. Fuentes consultadas	90
8. Anexos	96

Índice de tablas, gráficos y figuras

Tabla 1: Obsesiones comunes	19
Tabla 2: Compulsiones comunes	20
Tabla 3: Diferencias entre TOC y TOCP	22
Tabla 4: Diferencias entre obsesiones sexuales y conductas sexuales compulsivas	24
Tabla 5: Principales tipologías de microdiscriminaciones en el ámbito de la salud mental.....	26
Tabla 6: Principales actitudes positivas.....	31
Tabla 7: Ficha técnica de Pure	39
Tabla 8: Definición y procedencia de las unidades de análisis.....	48
Tabla 9: Definición de las categorías de análisis.....	49
Tabla 10: Descripción de la tabla de resultados del minutado.....	55
 Gráfico 1: Tiempo en pantalla.....	65
Gráfico 2: Tiempo en pantalla (por capítulos).....	65
Gráfico 3: Roles.....	66
Gráfico 4: Actitudes “estereotipadas” (por capítulo)	68
Gráfico 5: Actitudes “estereotipadas”	68
Gráfico 6: Obsesiones y compulsiones (por capítulo)	70
Gráfico 7: Tratamiento	71
Gráfico 8: Actitudes de rechazo y de aceptación (por capítulos).....	73
Gráfico 9: Actitudes de rechazo.....	74
Gráfico 10: Actitudes de aceptación	75
Gráfico 11: Grado de impacto de las actitudes de rechazo	76
Gráfico 12: Grado de impacto de las actitudes de aceptación	76
Gráfico 13: Uso del humor.....	77
Gráfico 14: Uso del humor (por capítulos).....	78
Gráfico 15: Grado de impacto del humor.....	80

Figura 1: Cartel de <i>Pure</i>	9
Figura 2: Cartel de <i>Monk</i>	36
Figura 3: Cartel alternativo de <i>Pure</i>	40
Figura 4: Marnie	41
Figura 5: Charlie	41
Figura 6: Shereen.....	41
Figura 7: Amber.....	41
Figura 8: Joe.....	42
Figura 9: Helen	42

0
1

Introducción

**Presentación del trabajo, motivos
y justificación.**

1. Introducción

Una tarde de verano, mientras veía la popular serie *Friends*, se presentó una escena que me llamó mucho la atención: en el capítulo 23 de la segunda temporada, Mónica Geller – una de las cinco protagonistas de la serie – se encuentra con que su novio actual, Richard, ha hecho la cama mientras ella no estaba en la habitación. Mónica se lo agradece, pero, en cuanto él se marcha al baño, desmonta la cama con intención de volverla a hacer. Richard vuelve

inesperadamente y la encuentra con la cama deshecha, así que le pregunta por qué la está volviendo a hacer y ella le responde que, si se lo cuenta, se pensará que está loca. Como Richard insiste, Mónica le explica cómo hace la cama y, después de contarle su rutina, le pregunta si aún la quiere, a lo que él responde que, si es posible, la quiere aún más. Mónica, ante esa reacción, se emociona y le responde que entonces la siga, que le va a enseñar a doblar en triángulo el papel higiénico.

Aunque no tenía relevancia en el capítulo, la escena me sorprendió y me generó una pregunta que, hasta aquel momento, no me había planteado seriamente: ¿tiene Mónica un trastorno obsesivo-compulsivo? Pero, como a lo largo de la serie en ningún momento se verbaliza, no supe responderla.

Por mis inquietudes personales, ya me encontraba familiarizada con la patología, pero el comportamiento de Mónica no encajaba en la sintomatología que conocía, así que realicé una breve investigación que, en vez de soluciones, me generó más dudas. Las opiniones de los espectadores eran diversas: había quien simplemente la consideraba limpia y ordenada, había quien decía que tenía una personalidad obsesiva y había quien, efectivamente, la diagnosticaba con TOC. Así que me pregunté: **¿es así como el público cree que es el trastorno obsesivo-compulsivo?**

De esa pregunta nace la inquietud que plantó la semilla de lo que ahora es este documento. Desde aquel momento, empecé a ver la serie desde una perspectiva crítica y cada vez me alarmaba más pensar en la posibilidad de que hubiese espectadores que tomaran a Mónica, a Sheldon Cooper de *The Big Bang Theory* o a Emma Pillsbury de *Glee* – todos personajes con rasgos característicos del TOC –

como ejemplo de la sintomatología de la patología. **Movida por esta idea, me propuse investigar qué otras representaciones del trastorno obsesivo-compulsivo se habían realizado en televisión – específicamente en las series de comedia – y cómo eran estas, para poder conocer la imagen del TOC que se ofrecía a los espectadores.**

Esta primera propuesta ha sufrido una gran evolución durante el desarrollo de este documento, pero antes de determinar el problema de investigación con más precisión es importante destacar por qué es necesario este estudio.

1.1. Justificación del estudio: contexto y utilidad

Jordi Somalo, presidente de la Asociación TOC 2.0, destacó en una entrevista en el Diario de Mallorca el aumento de casos de trastorno obsesivo-compulsivo derivados de la crisis sanitaria, especialmente en la tipología de TOC de limpieza. El estrés, uno de los principales detonantes de la patología, se ha visto

incrementado por “la incertidumbre, la pérdida de control sobre lo que pasa” y ha provocado “que tengamos más pensamientos intrusivos” y que el trastorno se detecte en pacientes cada vez más jóvenes, pasando de la detección habitual a los 12 o 13 años, a su aparición en niños de 6 o 7 (Diario de Mallorca, 2021).

Así, nos encontramos en un momento clave en la historia del TOC, del cual se ha detectado un aumento en su diagnóstico, pero no de su conocimiento general. Somalo afirma que se trata de una patología “poco conocida y comprendida, aún a día de hoy” y que, además, sufre la “vergüenza y el estigma social que se crea con todo lo que son las enfermedades mentales” (Diario de Mallorca, 2021).

Esta situación es la que, además de pertinente, hace la investigación necesaria y oportuna. Y es que todo el mundo ha oído o utilizado la expresión “me da TOC” en algún momento, pero, si se trata de una patología tan poco conocida, ¿de dónde se ha obtenido la información necesaria para saber, al menos, alguna de sus características más estereotípicas?

El estudio *Making a drama out of a crisis* (Time To Change, 2014) sobre el impacto en el público de las representaciones televisivas de las enfermedades mentales desveló que más de la mitad de los encuestados aumentaron sus conocimientos sobre dichas patologías gracias al visionado de personajes con trastornos mentales en televisión. Así, **los productos mediáticos resultan una fuente de información sobre estas patologías para los espectadores, y es por ese motivo que resulta tan importante hacer una revisión sobre qué información es la que estos contenidos ofrecen al público y si esta es adecuada o no.**

Esto se ve corroborado por trabajos como *Portrayal of Mental Illness on the TV Series Monk: Presumed Influence and Consequences of Exposure* (Hoffner y Cohen, 2015), el cual defiende la necesidad de estas revisiones y que afirma que, “aunque las representaciones negativas de las enfermedades mentales pueden perpetuar la estigmatización”, son pocos los estudios que tratan en profundidad cómo “las representaciones positivas podrían combatir este estigma”.

En el caso de la representación del trastorno obsesivo-compulsivo en las series televisivas de comedia, se han examinado en profundidad los casos de *Monk* (Hoffner y Cohen, 2015), *Glee* y *Scrubs* (Martin, 2017), **pero no *Pure*, la propuesta más reciente e innovadora de representación de la patología.** Partiendo del hecho de que se presenta una tipología del trastorno nunca antes representada en televisión – el TOC de pensamientos no deseados, en el subtipo sexual –, la serie ofrece un discurso alternativo con potencial para constituir un ejemplo de nuevos tratamientos que divulguen una imagen normalizada del trastorno.



Figura 1: Cartel de *Pure*

Esta oportunidad es la que afronta la presente investigación, la cual estudia – a través del análisis de contenido – la representación del trastorno obsesivo-compulsivo en *Pure* con el propósito de ser un recurso de utilidad en la revisión de productos mediáticos tan pertinente y necesaria y determinar, así, si se podría considerar una de las “representaciones positivas” mencionadas y que podrían combatir el estigma.

1.2. Estructura y contenido

Antes de acabar con este primer apartado introductorio, es importante hacer un breve repaso sobre cómo se estructurará la investigación.

En primer lugar, se **determinará el problema de investigación**, describiendo en profundidad el objeto de estudio, los objetivos y las hipótesis que la motivarán y que se responderán mediante su desarrollo. En este caso, se estudiará la representación del trastorno obsesivo-compulsivo en la serie televisiva *Pure* (2019) con el objetivo general de determinar si esta contribuye a la estigmatización de las enfermedades mentales.

A continuación, se sitúa el **marco teórico**, base fundamental para la realización de la investigación y en el que se recogerá la información necesaria para comprender el contexto teórico desde el que parte el estudio. Se dividirá en tres subapartados:

El primero se centrará en la descripción del trastorno obsesivo-compulsivo (TOC), aportando una breve aproximación a sus criterios diagnósticos, a las diferencias de este con el trastorno obsesivo-compulsivo de personalidad (TOCP) y a sus tres tipologías más comunes.

El segundo se ocupará de ofrecer una contextualización general sobre la estigmatización de la salud mental, prestando especial atención al papel de los medios de comunicación y a los recursos y asociaciones que luchan contra ese estigma. En él se hablará sobre el documento del Consell de l'Audiovisual de Catalunya (CAC) que se tomará como referencia teórica para la elaboración de la metodología, titulado *Recomanacions sobre el tractament de la salut mental als mitjans audiovisuals* (2015).

En el tercer y último subapartado se realizará un repaso de las comedias televisivas del siglo XXI en las que se representa el trastorno obsesivo-compulsivo, dedicando especial atención a los casos de *Monk* y *Pure*.

Después de definir los conceptos necesarios para la contextualización del estudio, se procederá a describir el **diseño metodológico de la investigación**, delimitando la muestra y la técnica de investigación escogida y justificando su pertinencia. En este

caso, se estudiará la primera y única temporada de la comedia británica *Pure* a través de un análisis de contenido – el cual se valdrá de una ficha de análisis, una tabla de minutado y un manal de elaboración propia para su desarrollo – del que se explicarán los detalles de su testeo y realización final. También se hará una breve reflexión sobre las prevenciones metodológicas de la investigación.

A continuación, se tomarán los datos obtenidos en el desarrollo de la parte práctica del estudio para llevar a cabo un **análisis de los resultados**, los cuales se interpretarán, comentarán y compararán tomando como referencia las recomendaciones del documento del Consell de l'Audiovisual de Catalunya (2015) que se indican en el marco teórico. Esta interpretación se dividirá en cuatro subapartados, coincidiendo con las cuatro unidades de análisis delimitadas y descritas en el diseño metodológico de la investigación: rol, carácter, síntomas e interacción.

Por último, se finalizará el documento con las **conclusiones** del estudio, donde se responderán los objetivos y las hipótesis propuestas en el apartado dedicado a la determinación del problema de investigación, y se afirmará – a través de los resultados interpretados en el apartado anterior – que la representación del trastorno obsesivo-compulsivo en *Pure* supone un paso adelante en la lucha contra la estigmatización de las enfermedades mentales, ofreciendo un discurso alternativo y siendo un ejemplo de buenas prácticas a la hora de divulgar una imagen normalizada del TOC.

0
2

Determinación del problema de investigación

**Delimitación del objeto de estudio, los
objetivos y las hipótesis.**

2. Determinación del problema de investigación

La investigación que se desarrollará a lo largo de las siguientes páginas parte ideológicamente de la afirmación de Hoffner y Cohen (2015) en la que expresan que “aunque las representaciones negativas de las enfermedades mentales pueden perpetuar la estigmatización, las representaciones positivas podrían combatir este estigma, pero pocas investigaciones han examinado esta posibilidad”.

Así, y siguiendo con la línea de estudio de trabajos como el mencionado o el de Pescosolido, Martin, Lang y Olafsdottir (2008), la presente investigación tomará como objeto de estudio **la representación del trastorno obsesivo-compulsivo** en un producto mediático – en este caso, la serie *Pure* (2019) – con el objetivo de **determinar si esta contribuye a la estigmatización de las enfermedades mentales**, tomado como referencia de buenas prácticas el documento *Recomanacions sobre el tractament de la salut mental als mitjans audiovisuals* (Consell de l'Audiovisual de Catalunya, 2015) y prestando especial atención a aspectos como la autenticidad de la sintomatología, la visibilidad de las diferentes vías de tratamiento o el uso del humor.

El objetivo principal se valdrá de **objetivos específicos** que ayudarán a definir la trayectoria del estudio. Estos son:

1. Identificar y analizar los rasgos que definen la representación del trastorno obsesivo-compulsivo en la serie.
2. Comparar dichos rasgos con los estereotipos asociados tradicionalmente al trastorno obsesivo-compulsivo.
3. Estudiar el uso del humor cuando en su discurso se hace referencia al trastorno obsesivo-compulsivo o a situaciones derivadas de este.
4. Analizar la interacción entre los personajes e identificar actitudes de aceptación y/o rechazo hacia el individuo diagnosticado y su trastorno.

Estos objetivos se trabajarán partiendo de las siguientes **hipótesis**:

H1 | Los personajes con un trastorno obsesivo-compulsivo se representan de forma estereotipada.

H2 | El discurso de la burla sirve como reafirmación de la estigmatización del trastorno obsesivo-compulsivo.

H3 | La representación del trastorno obsesivo-compulsivo *Pure* contribuye a la estigmatización de las enfermedades mentales.

Como se puede observar, el planteamiento de dichas cuestiones parte de la afirmación de que “los individuos con enfermedades mentales son raramente representados en una luz positiva” (Pescosolido et al., 2008) y de conceptos como la estereotipación, la cual se definirá en profundidad en el siguiente apartado.

En el caso de la **H1**, consideraremos estereotipada una representación del trastorno obsesivo-compulsivo caracterizada por unos personajes rígidos, fríos, controladores, con ansiedad evidente (González de Rivera, 1993), perfeccionistas y concienzudos (Millon, 2006), rasgos que, aunque pueden resultar inherentes en las personalidades de las personas con este trastorno, no son más que una generalización que no contempla el amplio espectro de sintomatología de la enfermedad y que nacen de una mala comprensión de las características del TOC. Así, consideraremos “no estereotipada” una representación que sea “auténtica” y en la que se contemplen “sintomatología real del trastorno, opciones de tratamiento y servicios disponibles” (Consell de l’Audiovisual de Catalunya, 2015).

En la **H2**, referente al discurso de la burla, consideraremos el humor en sus tres variantes – positivo, negativo y autocritica (Carbelo y Jáuregui, 2006) – para determinar si este se utiliza bajo el contexto de la “calidez” o si, en cambio, se cae en la ridiculización (Consell de l’Audiovisual de Catalunya, 2015) o en el aliento de la estigmatización a través de actitudes discriminatorias de mofa derivadas de la estereotipación de los personajes.

Por último, la **H3** parte de la consideración de que un producto mediático “contribuye a la estigmatización de las enfermedades mentales” cuando la representación de dichas patologías que en él se realiza no cumple con las recomendaciones elaboradas por el Consell de l’Audiovisual de Catalunya (2015), el cual constituye la base ideológica de la investigación.

0
3

Marco teórico

**TOC, la estigmatización de la salud
mental y las comedias del siglo XXI.**

3. Marco teórico

En este tercer apartado se procederá a hacer un breve apunte teórico previo con el objetivo de contextualizar y justificar las hipótesis del estudio, el cual se enmarcará en el **paradigma crítico** (Ricoy, 2006) y, por lo tanto, se valdrá de lo aquí expuesto para el posterior desarrollo de la parte práctica de la investigación.

En la primera parte del marco teórico se profundizará en el **trastorno obsesivo-compulsivo, su sintomatología y su diagnóstico**. En él se definirán aquellos conceptos que resultan clave en la elaboración del análisis, aportando los conocimientos clínicos básicos en los que este se fundamentará.

Además, se realizará una también breve contextualización sobre el **estigma en el ámbito de la salud mental**, especialmente en la representación de las enfermedades mentales en los medios de comunicación, con la intención de conocer cómo esta se aborda actualmente y enmarcar, así, la perspectiva teórica desde donde se enfocará la investigación.

Por último, se realizará una breve revisión sobre la **representación del TOC en las series de comedia del siglo XXI** para conocer, así, el historial de representación del trastorno en la televisión de los últimos años, prestando especial atención a los casos de *Monk* y *Pure*.

3.1. Una aproximación al trastorno obsesivo-compulsivo

El **trastorno obsesivo-compulsivo (TOC)** se trata de una condición clínica caracterizada por la presencia de obsesiones y/o compulsiones (OMS, 2019) reconocida por los sistemas nosológicos psiquiátricos principales de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la American Psychiatric Association (APA). Catalogado inicialmente como un trastorno de ansiedad, no fue hasta la publicación del *DSM-5*¹

¹ *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* en su versión vigente (quinta).

en mayo de 2013 que se dedicó un capítulo exclusivo a esta y otras psicopatologías con rasgos similares, situándolas al margen de dichos trastornos por sus especificidades, pero, a la vez, agrupándolas para su mejor identificación.

Según los datos que se ofrecieron en el XIV Congreso Nacional de Psiquiatría, en 2010 se contabilizaban **más de 100 millones de personas diagnosticadas mundialmente con un TOC**, por encima de los casos de anorexia y esquizofrenia. En España, alrededor del **2,5% de la ciudadanía** convive con un trastorno obsesivo-compulsivo – siendo el más frecuente el de la limpieza – pero el desconocimiento entre la población sobre esta patología y el estigma social hacen que las personas con un TOC **tarden hasta una década en pedir ayuda y externalizar su situación**, escondiendo los síntomas hasta entonces (Bofill y Rebollo, 2010).

3.1.1. Criterios diagnósticos del trastorno obsesivo-compulsivo

Según el manual elaborado por la American Psychiatric Association (2013), los **criterios diagnósticos del trastorno obsesivo-compulsivo** son:

Criterio A. En primer lugar y como se ha anunciado anteriormente, la principal característica es la presencia de **obsesiones o compulsiones**, normalmente ambas. Definimos las obsesiones como “**imágenes, impulsos o pensamientos recurrentes y persistentes experimentados como intrusos o no deseados y que causan en el sujeto ansiedad o malestar**”. Como respuesta a este malestar, el sujeto busca neutralizar, ignorar o suprimir los pensamientos intrusivos a través de la realización de compulsiones, definidas como “**comportamientos o actos mentales repetitivos que el sujeto realiza como respuesta a una obsesión o de acuerdo con reglas que ha de aplicar de manera rígida**”. Estos comportamientos buscan disminuir la ansiedad que producen las obsesiones y/o evitar una situación temida, aunque las compulsiones acostumbran a resultar excesivas y no tienen una conexión realista con el pensamiento que se pretende neutralizar.

Criterio B. Las obsesiones y compulsiones **ocupan mucho tiempo en el día a día del individuo**, le causan un malestar significativo e incluso deterioran o incapacitan su desarrollo social y laboral, entre otras áreas.

Criterio C. No pueden atribuirse los síntomas obsesivo-compulsivos **a otra afectación médica o a los efectos del abuso de sustancias** como medicamentos o drogas.

Criterio D. En el caso de haber otro trastorno, **las obsesiones y compulsiones no se limitan a este** (p. ej., la preocupación por el aspecto físico propia del trastorno dismórfico corporal).

Especificaciones. Además del cumplimiento de los criterios mencionados, en el diagnóstico debe especificarse, por una banda, si el paciente tiene antecedentes de trastorno de tics y, por otra, **cuál es su grado de introspección ante las creencias del trastorno**. Una **introspección buena** significa que este reconoce claramente que las obsesiones y compulsiones son irracionales y/o excesivas – es el caso más común –, en cambio, si el individuo no las identifica así y está convencido que las creencias del trastorno son ciertas – 4% de los pacientes o menos –, se especificará **ausencia de introspección** y creencias delirantes.

Estos criterios son reconocidos mundialmente y resultan una herramienta para el diagnóstico de pacientes con un trastorno obsesivo-compulsivo aprobada por entidades como la OMS y la APA. Aun así, cabe destacar que, desde sus primeras formulaciones, los principales sistemas nosológicos psiquiátricos han considerado el TOC como un trastorno unitario, pero estudios recientes como *Sobre la heterogeneidad del trastorno obsesivo-compulsivo: una revisión* han puesto en relevancia las “grandes diferencias” que se observan en las manifestaciones sintomáticas de los pacientes. De esta manera, se baraja la posibilidad de delimitar categorías con la intención de desarrollar “un sistema de subtipos sencillo de emplear, fiable, válido, comprensible y significativo” basándose, entre otros criterios, en la forma y el contenido de los síntomas (García-Soriano et al., 2008).

Dichos síntomas pueden clasificarse en base a las **obsesiones más comunes** a las que responden, las cuales se recogen en investigaciones como las de Rodríguez-Acevedo et al. (2009) o Abramowitz y Jacoby (2015) y que se pueden agrupar en las siguientes categorías:

TABLA 1
Obsesiones comunes

Categorías	Ejemplos
Contaminación	Miedo a los gérmenes y a ser contaminados.
Preocupación por enfermedades	Excesiva preocupación por sufrir alguna enfermedad.
Verificación	Comprobación repetida de actos rutinarios (por ejemplo, si se ha cerrado la llave del gas).
Acumulación	Dificultad para deshacerse de objetos aparentemente poco valiosos.
Simetría y orden	La necesidad de que cada cosa esté “en su sitio” según unas reglas autoimpuestas.
Sexo y moralidad	Pensamientos intrusivos relacionados con mantener relaciones sexuales.
Violencia y agresividad	Miedo a inflijir daño a otras personas.
Religión	Dudar sobre la devoción religiosa o tener pensamientos considerados “pecado”.

Fuente: Elaboración propia a partir de Rodríguez-Acevedo et al. (2009) y Abramowitz y Jacoby (2015)

Estas obsesiones, tal como se ha indicado anteriormente, son respondidas a través de compulsiones, las cuales también pueden delimitarse en categorías. Según el estudio de Abramowitz y Jacoby (2015), entre las **compulsiones más habituales** encontramos:

TABLA 2
Compulsiones comunes

Categorías	Ejemplos
Descontaminación y limpieza	Lavarse las manos durante 30 minutos después de tocarse los zapatos.
Ordenar y arreglar	Recolocar los cuadros hasta que estén “bien puestos”.
Comprobación y verificación	Comprobar ventanas, cerraduras.
Repetición de actividades rutinarias	Levantarse y volverse a sentar repetidamente.
Rituales mentales	Reemplazar un pensamiento considerado “malo” por uno “bueno”.

Fuente: Elaboración propia a partir de Abramowitz y Jacoby (2015)

De esta manera, ambas clasificaciones recogen las presentaciones más habituales de obsesiones y compulsiones en el trastorno obsesivo-compulsivo. Pero estas no son exclusivas de dicha patología, sino que pueden aparecer en otros tipos de trastornos, como es el caso del trastorno obsesivo-compulsivo de personalidad.

3.1.2. ¿TOC o TOCP?

Una patología relacionada con el trastorno obsesivo-compulsivo es el **trastorno obsesivo-compulsivo de personalidad (TOCP)**. Este está clasificado dentro de los trastornos de personalidad (Van Noppen, 2010) – a diferencia del primero, el cual inicialmente se consideró un trastorno de ansiedad (APA, 2013) – y cuenta con unas características muy parecidas al TOC. Por ese mismo motivo se considera necesaria una breve aclaración para evitar posibles confusiones.

El trastorno obsesivo-compulsivo de personalidad (TOCP) **se ve representado en los individuos mediante rasgos inherentes en sus personalidades** como el “cumplimiento estricto de las reglas y regulaciones”, la “necesidad abrumadora de

orden”, la “falta de voluntad para ceder o dar responsabilidades a otros” o “un sentido de rectitud sobre la forma en que las cosas deben hacerse” (Van Noppen, 2010).

Como **síntomas habituales** encontramos (Van Noppen, 2010):

- Devoción excesiva al trabajo que perjudica las actividades sociales y familiares.
- Excesiva fijación por las listas, reglas y detalles menores.
- Perfeccionismo que interfiere con la finalización de las tareas.
- Rígido seguimiento de los códigos éticos y morales.
- Falta de voluntad para asignar tareas a menos que otros realicen exactamente lo que se les pide.
- Falta de generosidad; frugalidad extrema sin razón.
- Conductas de acaparamiento.

Como se puede observar, algunos de estos rasgos también pueden ser habituales en las personas diagnosticadas con trastorno obsesivo-compulsivo, pero se tratan de patologías diferentes. Por ese motivo, Van Noppen (2010) identifica las siguientes diferencias como las más significativas:

TABLA 3
Diferencias entre TOC y TOCP

TOC	TOCP
Los individuos acostumbran a ser conscientes de que sus pensamientos no deseados son irrazonables.	Los individuos se sienten cómodos con los sistemas de reglas que se autoimponen y creen que su camino es el correcto.
Los pensamientos, comportamientos y consecuencias temidas típicas del TOC generalmente no son preocupaciones relevantes para la vida real.	Las personas con TOCP están obsesionadas con los siguientes procedimientos para administrar las tareas diarias.
A menudo, el TOC interfiere en varias áreas de la vida de la persona, incluida la vida laboral, social y/o familiar.	El TOCP generalmente interfiere en las relaciones interpersonales, pero hace que el trabajo funcione de manera más

	eficiente. El trabajo en sí no se ve afectado por el TOCP, pero las relaciones con los compañeros puede que sí.
Las personas con TOC se sienten torturadas por sus pensamientos y rituales no deseados, y son más conscientes de las demandas irracionales que los síntomas imponen a los demás, a menudo sintiéndose culpables por ello.	Por lo general, las personas con TOCP no creen que necesiten tratamiento. Creen que si todos los demás se ajustaran a sus estrictas reglas todo iría bien.

Fuente: *Elaboración propia a partir de Van Noppen (2010)*

3.1.3. Principales trastornos obsesivo-compulsivos

La heterogeneidad del trastorno obsesivo-compulsivo es un enfoque que se lleva planteando desde finales del siglo XX, con el desarrollo de estudios como el *Inventario de Obsesiones y Compulsiones de Maudsley* (MOCI) (Hodgson y Rachman, 1977) o el *Inventario de Padua* (Sanavio, 1988). En ambos casos se observaron evidencias tanto de obsesiones como de compulsiones relacionadas con tres categorías – limpieza, duda-comprobación y obsesiones “puras” (García-Soriano et al., 2008) –, pero las limitaciones de los instrumentos utilizados en las investigaciones han hecho necesarias revisiones posteriores.

Así, en 1989 se desarrolló la *Escala Yale-Brown de Obsesiones y Compulsiones* (Y-BOCS), la cual constituye el listado de síntomas más extenso hasta la fecha. Este trabajo reúne un total de 50 expresiones de obsesiones y compulsiones clasificadas en 15 *categorías racionales* – 8 de obsesiones y 7 de compulsiones – en función de su temática y expresión conductual, y ha servido como instrumento para numerosos estudios posteriores (García-Soriano et al., 2008). La mayoría de dichos estudios tratan de reducir las categorías a 3-5 factores – generalmente relacionados con el orden y la simetría, la contaminación y la limpieza, la religión y la sexualidad, y la

acumulación –, pero en este caso **nos centraremos únicamente en los TOC más diagnosticados en la actualidad**.

Según los datos ofrecidos por José Manuel Menchón, vicepresidente del XIV Congreso Nacional de Psiquiatría, los trastornos obsesivo-compulsivos más diagnosticados en España son (Bofill y Rebollo, 2010):

El TOC de limpieza. Es el más frecuente, reuniendo el **50% de los casos**. Su principal característica es la creencia del individuo de que “se puede contaminar con gérmenes o por suciedad” y este, como respuesta, realiza comportamientos relacionados con “procesos de limpieza repetidos, prolongados e innecesarios” que le ayudan a disminuir a corto plazo la ansiedad que la obsesión le produce.

El TOC de comprobación. Con el **25% de los casos**, se trata del segundo trastorno obsesivo-compulsivo más diagnosticado, caracterizado por la necesidad de revisar repetidamente “si ha cerrado la puerta de casa con llave, si ha dejado abierta la llave del gas, o si lleva encima el teléfono móvil”.

El TOC de pensamientos no deseados. Se trata del **tercer caso más diagnosticado** en España, y se caracteriza por la incapacidad del individuo de controlar la recurrencia de “pensamientos que se consideran inmorales”, los cuales acostumbran a estar relacionados con la idea de causar daño a otras personas, la religión o la sexualidad.

Estas tres clasificaciones se corresponden con los diagnósticos más habituales, pero cabe destacar que, tal como se ha anunciado anteriormente, puede llegar a pasar una década hasta que estos se lleven a cabo. Esto se debe al desconocimiento general sobre el trastorno obsesivo-compulsivo, siendo el **estigma público** hacia los trastornos mentales una de las mayores dificultades de cara a la externalización verbal y la búsqueda de ayuda por parte de los pacientes.

La detección es particularmente complicada en el TOC de pensamientos no deseados, especialmente en el caso de las obsesiones de tipo sexual. Farré et al. (2018) afirman que esto se debe a que su sintomatología – generalmente “pensamientos no deseados acerca de interacciones sexuales con miembros de la

familia o con menores de edad, conductas sexuales agresivas, comportamientos homosexuales e infidelidad" – no acostumbra a revelarse, ya que "se considera inaceptable o avergüenza al paciente" a pesar de que dichos comportamientos no llegan a sucederse.

Y es que, igual que en el caso del trastorno obsesivo-compulsivo y el trastorno obsesivo-compulsivo de personalidad, **es importante conocer las diferencias entre las obsesiones sexuales y las conductas sexuales compulsivas**. En *Psiquiatría y sexualidad* (Farré et al., 2018), se describen las siguientes diferencias principales:

TABLA 4

Diferencias entre obsesiones sexuales y conductas sexuales compulsivas

Obsesiones sexuales	Conductas sexuales compulsivas
La conducta no tiene lugar. Las obsesiones sexuales están marcadas por la duda acerca la posibilidad de pasar a la acción.	La conducta sí llega a efectuarse.
El sujeto experimenta horror por el solo hecho de pensar en la posibilidad de pasar a la acción, generándole ansiedad.	Las conductas sexuales compulsivas, en cambio, pueden estar unidas al placer o al alivio de la ansiedad.
Por el solo hecho de pensarlo, el sujeto siente extremo malestar, con creencias de castigo y profunda vergüenza.	El sujeto no experimenta emociones negativas hacia sus conductas sexuales compulsivas.

Fuente: Farré et al. (2018)

Tal como se puede observar, **las conductas sexuales compulsivas "se encuadrarían en las adicciones comportamentales, los trastornos del control de los impulsos o, como máximo, en el espectro obsesivo"** (Farré et al., 2018) y no deben ser confundidas con el trastorno obsesivo-compulsivo de pensamientos no deseados en el subtipo de obsesiones sexuales. Esta aclaración es de gran importancia para el posterior desarrollo de la metodología, la cual profundizará en este subtipo del TOC.

3.2. El estigma en el ámbito de la salud mental

Partiendo del concepto de estigma público mencionado en el apartado anterior, es necesario definir algunos de los términos que se utilizarán a lo largo de la investigación.

En primer lugar, conocemos como **estigma** la “marca que separa a los individuos unos de otros basándose en un juicio socialmente conferido”, la cual identifica a ciertas personas o grupos como “inferiores” (Pescosolido et al., 2008) y acostumbra a comportar la adopción de creencias negativas sobre estos (estereotipos), la asimilación de dichas creencias como reales (prejuicios) y la distanciación con aquellos colectivos “marcados” con estatus estigmatizados (discriminación) (Corrigan, Markowitz, Watson, Rowan, & Kubiak, 2003). Los estudios sobre el estigma asociado a las enfermedades mentales diferencian dos tipologías: el **estigma público** – es decir, “la forma en que el público general estigmatiza a la gente con enfermedades mentales” – y el **autoestigma** – “la pérdida de autoestima y autoeficacia” resultante de “la internalización de la opinión pública” (Corrigan et al., 2003), aunque en esta investigación nos centraremos en el primero de los casos.

Según el estudio *An Attribution Model of Public Discrimination Towards Persons with Mental Illness* (Corrigan et al., 2003), el estigma público se compone de los tres conceptos mencionados anteriormente: estereotipos, prejuicios y discriminación. Los **estereotipos** son “creencias colectivas” sobre los individuos que forman parte de ciertos grupos sociales y que permiten crear “impresiones y expectativas” sobre ellos, aunque estas creencias pueden ser asimiladas como válidas – creándose, así, **prejuicios** – o no. Las personas con prejuicios “respaldan los estereotipos negativos” y mantienen respuestas emocionales también negativas ante los colectivos estigmatizados, generalmente a través de la discriminación. Esta **discriminación** se basa en “evitar o excluir” (Pescosolido et al., 2008) a los individuos que formen parte de dichos colectivos y, en el caso de las personas con enfermedades mentales, se sucede principalmente en forma de coerción, hostilidad o segregación, aislándolas de la sociedad (Corrigan et al., 2003).

Aun así, el caso más habitual de discriminación es aquel que, a primera vista, puede pasar desapercibido: las microdiscriminaciones. Según la asociación Obertament (2016), las **microdiscriminaciones** se tratan de “pequeñas discriminaciones cotidianas que, aunque no llegan a marcar partes importantes de tu vida por ellas mismas, sí que te afectan y te hacen sentir estigmatizado y menospreciado”. Entre las más comunes encontramos (Obertament, 2016):

TABLA 5
Principales tipologías de microdiscriminaciones
en el ámbito de la salud mental

Temática	Ejemplos
Minimización	“No es para tanto”.
Sintomatización	Todo se identifica como un síntoma del trastorno.
Condescendencia	Tratan al sujeto excesivamente bien, tanto que es desagradable.
Peligrosidad e imprevisibilidad	Crean que es peligroso e imprevisible.
Miedo al contagio	No quieren ser identificados con la persona que sufre el trastorno y ser vistos como ella.
Menor inteligencia	Piensan que son menos inteligentes.
Incompetencia	Piensan que no pueden hacerlo.
Vergüenza	Dicen que no explique su trastorno.

Fuente: Obertament (2016)

Esta realidad se lleva contemplando desde mitades del siglo XX, donde ya se documentaban actitudes negativas ante las personas con enfermedades mentales y que en aquel momento se atribuían a la “falta de entendimiento” (Pescosolido et al., 2008). A pesar del incremento del conocimiento general sobre estas, **el estigma, al contrario de lo esperado, se ha intensificado en los últimos años**, alcanzado unas cifras alarmantes: en Cataluña, en el año 2016, hasta el 80,1% de las personas diagnosticadas con una enfermedad mental afirmaba haber sufrido estigmatización y discriminación, un 54,9% de los cuales de forma bastante o muy frecuente (Balasch,

Caussa, Faucha y Casado, 2016). Estudios como *Rethinking theoretical approaches to stigma: A Framework Integrating Normative Influences on Stigma* (FINIS) apuntan que esto se debe a que “los comportamientos negativos de algunas personas, debido a que están en un grupo estigmatizado, se amplifican, magnifican y generalizan a todos los miembros del grupo” y esta tarea se atribuye en gran parte a los medios de comunicación, los cuales “representan una fuerza poderosa en la configuración de la imagen de la enfermedad mental” (Pescosolido et al., 2008).

3.2.1. El papel de los medios de comunicación

El estudio realizado por la plataforma *Time To Change* (2014) sobre el impacto en el público de las representaciones televisivas de las enfermedades mentales desveló que **más de la mitad de los encuestados (54%) aumentaron sus conocimientos sobre dichas patologías gracias al visionado de personajes con trastornos mentales en televisión**, y cerca de un tercio (31%) explicó que “los inspiró activamente a iniciar una conversación sobre el argumento [de las series] con amigos, familiares o colegas”. Esto demuestra que el consumo de

contenido audiovisual tiene una influencia significativa en la creación de una “cultura comunitaria imaginaria” (Calhoun, 1992) y constituye una “fuente de estereotipos” (Pescosolido et al., 2008) para la sociedad. En su investigación, Pescosolido et al. (2008) respaldan esta influencia, afirmando que “los espectadores recogen información incidental sobre el mundo mientras ven la televisión” y que esta “se utiliza de forma subconsciente para emitir juicios sobre el mundo real”, y recurren a la *teoría de cultivo* para demostrar esta realidad.

La **teoría de cultivo** de George Gerbner constituye una de las primeras investigaciones sobre la influencia de los medios, elaborada en 1960 y basada en un modelo lineal constituido por dos procesos: el aprendizaje y la construcción (Pescosolido et al., 2008). El **aprendizaje** se refiere al proceso de asimilación de información sobre el mundo a través del consumo televisivo, información que el

subconsciente aplica en los juicios del espectador sobre el mundo. La **construcción**, en cambio, se refiere a un proceso que puede ser de dos tipos: la **construcción de primer orden**, en la cual las “estimaciones cuantitativas de la prevalencia u ocurrencia de ciertos fenómenos” (Hermann, 2016) en televisión influencia las “estimaciones sobre el mundo real” (Pescosolido et al., 2008) del individuo, y la **construcción de segundo orden**, en la cual “las creencias del individuo sobre el mundo televisivo influencian sus creencias sobre el mundo real” (Hermann, 2016). Así, y aplicando la *teoría de cultivo* a la representación mediática de las enfermedades mentales, Pescosolido et al. (2008) afirman que:

“La información sobre enfermedades mentales obtenida durante toda una vida de uso de los medios de comunicación será una fuente de estereotipos, lo que afectará a los juicios que las personas hacen en su vida diaria cuando se encuentran con situaciones relacionadas con enfermedades mentales, cuidado de la salud mental o personas con enfermedades mentales”.

Partiendo de las bases establecidas en la teoría de cultivo, otra aproximación de gran interés para la comprensión del impacto de los medios de comunicación es la **hipótesis del contacto parasocial** de Schiappa, Gregg y Hewes (2005), la cual se inspira en la *hipótesis del contacto intergrupal* de Allport (1954) y el concepto de *interacción parasocial* (PSI) desarrollado por Horton y Wohl (1956).

Conocemos como **interacción parasocial** la “ilusión de relación cara a cara” que se establece entre el espectador y los personajes de los medios de comunicación (Horton y Wohl, 1956). Los individuos pueden “desarrollar lazos afectivos con personas solamente conocidas a través de los medios” como si disfrutaran de contacto interpersonal con ellas y, por lo tanto, pueden también experimentar lo expuesto años antes en el estudio de Allport sin necesidad de interactuar en el mundo real.

Este estudio desarrolla la **hipótesis del contacto intergrupal**, teoría en la cual Allport describe el contacto interpersonal como “la manera más eficiente de reducir el prejuicio entre miembros de grupos mayoritarios y minoritarios”, ya que estos no son más que el resultado de una “generalización sobre un grupo a partir de información incompleta o errónea” que se puede reducir a través del aprendizaje (Allport, 1954).

Un contacto intergrupal positivo “puede crear un sentido de disonancia que puede conducir a un cambio de actitud” y, por lo tanto, “si las personas procesan la interacción parasocial con los medios de comunicación de una manera similar a la interacción interpersonal, entonces las funciones socialmente beneficiosas del contacto intergrupal pueden resultar del contacto parasocial” (Schiappa et al., 2005).

Esta es la perspectiva desde la que nace la **hipótesis del contacto parasocial**, teoría que defiende que “si podemos aprender de los personajes televisivos que representan a distintos grupos sociales, entonces es posible que el contacto parasocial pueda influir en las actitudes sobre dichos grupos” (Schiappa et al., 2005), tal como sucede con el contacto directo entre ellos. El estudio de Schiappa et al. (2005) demuestra que es posible un descenso en los prejuicios de los miembros de un colectivo mayoritario hacia los de uno minoritario a través del consumo de contenido audiovisual donde estos se vean positivamente representados, y que los lazos afectivos creados con dichos personajes “pueden fomentar un cambio en las actitudes prejuiciosas sobre los grupos externos a los que pertenecen”.

Por lo tanto – y volviendo a la estigmatización de la salud mental –, **resulta de vital importancia que la representación de las enfermedades mentales en los medios de comunicación sea adecuada, ya que “aunque las representaciones negativas de las enfermedades mentales pueden perpetuar la estigmatización, las representaciones positivas podrían combatir este estigma, pero pocas investigaciones han examinado esta posibilidad”** (Hoffner y Cohen, 2015).

3.2.2. Contra la estigmatización en los medios

Bajo la premisa mencionada, movimientos como la *Global Alliance Against Stigma* o entidades como Time to Change (Reino Unido) u Obertament (Cataluña) contribuyen, junto a muchas otras, **a la lucha contra la estigmatización de las enfermedades mentales a través de programas de actuación, activismo y asesoramiento**. Entre dichos programas es común encontrar espacios dedicados a los medios de comunicación, en los cuales se trabaja en la elaboración de guías y manuales que

tienen como objetivo constituir una herramienta para que “los profesionales de la comunicación y los medios traten la temática de la salud mental en sus contenidos sin caer en estereotipos ni prejuicios” (Obertament, s.f.).

El Consell de l'Audiovisual de Catalunya destaca en el documento *Recomanacions sobre el tractament de la salut mental als mitjans audiovisuals* (2015) **algunos de los tratamientos inadecuados más habituales en los medios de comunicación** cuando estos hacen referencia a temáticas relacionadas con la salud mental, con la intención de denunciar la estigmatización que generan. Entre los más comunes encontramos (CAC, 2015):

- **Tratar los problemas de salud mental como infrecuentes o aislados**, cuando afectan a un 25% de la población mundial.
- **Hablar de las personas con diagnósticos de salud mental como violentas, peligrosas o imprevisibles**, cuando estas no son más violentas que las demás personas que integran la sociedad.
- **Utilizar generalizaciones** como “los enfermos son...” o “los esquizofrénicos se comportan...”, así como utilizar una etiqueta o diagnóstico como nombre propio.
- **Considerar que se trata de personas incapacitadas y que los trastornos mentales son incurables e impiden llevar una vida normalizada**, cuando, con un tratamiento adecuado y un entorno social y familiar favorable, una persona puede superar las limitaciones del trastorno mental.
- **Tratar a todas las personas con problemas de salud mental con compasión y paternalismo**. La mayoría de las personas con un trastorno mental es capaz de llevar a cabo tareas en espacios laborales, comunitarios y sociales, pero es el estigma el que limita muchas veces el acceso a estos ámbitos.
- **Confundir trastorno mental con discapacidad psíquica o demencia**.
- **Ilustrar las informaciones sobre salud mental con imágenes que despierten compasión o rechazo**, cuando estas no quieren ser mostradas de manera diferente que el resto de la sociedad.
- **Hablar del tratamiento farmacológico como la única vía de recuperación**.

Así, y de acuerdo con la *teoría del cultivo* de Gerbner, estos tratamientos inadecuados tan habituales en los medios de comunicación suponen una fuente de información incorrecta para los espectadores, los cuales asimilan y aplican aquello que consumen en su día a día. Actitudes como las mencionadas en el quinto punto – el referente a la compasión y el paternalismo – son de especial importancia, ya que, aunque a primera vista puedan parecer positivas, se trata de comportamientos que pueden llevar a microdiscriminaciones de las mencionadas anteriormente – como pueden ser la condescendencia o la incompetencia (Tabla 5) –, en vez de alentar a actitudes realmente positivas.

Entre las cualidades que provocan “un efecto positivo” y “unas relaciones interpersonales más saludables”, el psicólogo Juan Armando Corbin (2017) destaca:

TABLA 6
Principales actitudes positivas

Temática	Ejemplos
Respeto	Adoptar una actitud respetuosa ante los demás, sin juzgar.
Cuidado	Dar atención a uno mismo y las personas que nos importan.
Generosidad	Compartir con los demás y cuidar sus necesidades.
Compromiso	La voluntad de implicarse.
Confianza	La sensación de seguridad y valoración de la capacidad respecto a diferentes tareas.
Cooperación	El trabajo junto a otros individuos por un objetivo común.
Empatía	La capacidad de ponerse en el lugar del otro, de entender sus emociones y su comportamiento.
Paciencia	Adoptar una actitud calmada ante momentos difíciles y/o prolongados.

Fuente: Elaboración propia a partir de Corbin (2017)

En el terreno de la ficción, el estudio *Mental Health Conditions in Film & TV: Portrayals that Dehumanize and Trivialize Characters* (Smith, Choueiti, Choi, Pieper, y Moutier, 2019) pone en relieve la invisibilidad y la estigmatización de las enfermedades

mentales en televisión. **De los 1220 personajes considerados en la muestra, solo el 7% sufre algún tipo de trastorno, siendo los relacionados con la ansiedad los segundos más habituales.** De los 32 personajes analizados, el 50% (16) son tratados “desde el humor o la burla” y el 38% son estigmatizados a través de “declaraciones verbales y comportamientos no verbales de otros personajes”. Además, el 25% (8) se muestran “involucrados en actos de agresión hacia otros personajes” y el 12,5% (4) intentan mantener su condición en secreto. Por otra parte, cabe destacar positivamente que el 62,5% (20) de los personajes analizados asisten a psicoterapia y alrededor del 10% (3) están en tratamiento (Smith et al., 2019).

Así, el estudio concluye que, **si es cierto que ha crecido el conocimiento general de la población sobre las enfermedades mentales, las representaciones de estas en televisión siguen siendo poco habituales y “en gran medida inexactas”** (Smith et al., 2019). Smith et al. (2019) consideran que los personajes con patologías mentales analizados constituyen un reflejo de “las disparidades de inclusión existentes en el cine y la televisión” y advierten que se está dejando pasar la oportunidad de “mostrar descripciones más precisas en términos de prevalencia, complejidad, realismo” que ayuden a combatir el estigma.

Para luchar contra la estigmatización – y tal como se ha anunciado anteriormente – existen diversos manuales y guías con consejos sobre cómo ofrecer una imagen de los trastornos mentales fiel. En el caso de las obras de ficción, el Consell de l'Audiovisual de Catalunya recoge en el documento *Recomanacions sobre el tractament de la salut mental als mitjans audiovisuals* (2015) una serie de **consideraciones para aquellos contenidos audiovisuales que busquen divulgar una imagen normalizada de las enfermedades mentales**. Estas son (CAC, 2015):

- 1. Investigar escuchando.** Se recomienda hablar con personas que hayan experimentado el trastorno que se quiere representar para que “la vivencia del personaje sea auténtica: sintomatología real del trastorno, opciones de tratamiento y servicios disponibles”.

2. **Mostrar a los personajes en los demás roles de su vida, más allá de su enfermedad mental.** Se recomienda que, a poder ser, se represente al personaje “como la misma persona de siempre que únicamente pasa por un momento de enfermedad”.
3. **Mostrar la reacción de otros personajes.** Se recomienda “mostrar el rechazo o la empatía de los otros respecto a la persona afectada”, además del impacto que tenga sobre ella, sea positivo o negativo.
4. **Darle a la historia el tiempo que necesita.** Los síntomas relacionados con las enfermedades mentales “no aparecen de un día para otro”. Se recomienda que estos se manifiesten “en un periodo de tiempo y crezcan en intensidad” progresivamente.
5. **El humor puede ser útil.** Si es cierto que la temática se puede abordar “con humor y calidez”, se recomienda tener cuidado con caer en estereotipos o ridiculización.

Este último punto es especialmente importante, ya que un uso incorrecto del humor puede alentar actitudes discriminatorias y reforzar el estigma en el ámbito de la salud mental. Carbelo y Jáuregui (2006) subrayan la importancia del humor y sus “beneficios físicos, psicológicos y sociales” en el estudio *Emociones positivas: humor positivo* (2006), en el cual definen las siguientes **categorías**:

- **Humor positivo.** Se trata del humor constructivo que busca provocar una risa (ajena o propia) inofensiva, al menos en intención, sin ofender o agredir a nadie. La práctica del humor positivo puede contribuir a la superación de los problemas y mantiene una fuerte relación con una mejor salud mental.
- **Humor negativo.** Al contrario del positivo, el humor negativo es destructivo y busca provocar la risa a costa de los demás a través de un sentido del humor agresivo, ofensivo e incluso maleducado, obteniendo de su práctica los resultados contrarios al humor positivo.
- **Autocrítica.** Por último, la autocrítica es el tipo de humor que busca hacer reír a los demás a través del mecanismo de reírse de uno mismo. Es importante

que este no se emplee de forma negativa o autodestructiva, ya que puede agravar los problemas en vez de ayudar a su superación.

Así, las obras de ficción pueden encontrar en el humor la forma de aproximarse a las temáticas relacionadas con la salud mental desde una perspectiva positiva y constructiva, **pero, en el caso de las comedias televisivas sobre el trastorno obsesivo-compulsivo, encontramos realidades muy diferentes.**

3.3. El TOC en las series de comedia del siglo XXI

Para finalizar este breve apunte teórico previo al análisis es necesario hacer mención a las obras de ficción que han abordado el trastorno obsesivo-compulsivo hasta la fecha. Y es que, si es cierto que los personajes y las tramas relacionadas con esta patología son habituales en el cine – entre las películas más reconocidas encontramos *As Good As It Gets* (1997) de James L. Brooks o *The Aviator* (2004) de Martin Scorsese – **son escasos los títulos que tratan el TOC en el caso de las series de televisión**. Pero antes de hacer un repaso histórico sobre el trastorno obsesivo-compulsivo en las comedias del siglo XXI es necesario hacer un pequeño matiz.

Cuando se piensa en series en las que aparecen personajes con síntomatología relacionada con un trastorno obsesivo-compulsivo – y tal como se ha comentado en la introducción de la investigación –, es habitual nombrar *Friends* (1994) o *The Big Bang Theory* (2007), comedias de gran éxito en los últimos años. En ambos casos nos encontramos con personajes con rasgos característicos del TOC, Mónica Geller (*Friends*) y Sheldon Cooper (*The Big Bang Theory*), pero ninguno aparece claramente diagnosticado. Siguiendo los criterios diagnósticos

especificados en los apartados anteriores y de acuerdo con investigaciones como la de Graham (2002), se podría asegurar que **los dos personajes encajan mejor en la descripción del trastorno obsesivo-compulsivo de personalidad (TOCP) que en la del trastorno obsesivo-compulsivo**, pero, dado que en ningún momento se verbaliza a lo largo de las series que estos cuenten con alguno de estos dos trastornos, no se puede afirmar con certeza. Por lo tanto, sus series no se considerarán representativas del TOC en televisión.

Este mismo criterio es el que se utilizará para identificar las series de comedia de los últimos veinte años en las que sí se trata el trastorno obsesivo-compulsivo, las cuales se repasarán a continuación para conocer el origen y evolución de la representación del TOC en el medio televisivo.

3.3.1. El caso *Monk*

La primera y más representativa ficción televisiva en la que se trató el trastorno obsesivo-compulsivo de forma diagnosticada fue la americana *Monk* (2002). Dirigida por Andy Breckman y protagonizada por Tony Shalhoub como Adrian Monk (IMDb, 2002), la serie relata el día a día de este como detective asesor cuando se reincorpora al cuerpo de policía tras el diagnóstico de su TOC, patología que es detonada por el asesinato de su mujer – hecho que lo convierte “en un maníaco

obsesionado por todo lo que le rodea”, según la sinopsis de FilmAffinity (s.f. -a) –. La ficción televisiva muestra como Monk se desenvuelve en su nueva realidad desde una perspectiva cómica, retratando tanto su vida profesional como su intimidad e incluyendo el tratamiento de su TOC – mediante psicoterapia y, tal como se bromea en el capítulo *Mr. Monk Takes His Medicine*, mediante fármacos – (IMDb, 2002).

***Monk* supone, así, la primera comedia televisiva en la que el trastorno obsesivo-compulsivo es abordado como un componente de peso en la trama y no como un rasgo más de la personalidad de su protagonista**, y desde sus primeras emisiones ha suscitado opiniones de todo tipo. A pesar de haber sido galardonada por su contribución en la reducción de la estigmatización de la salud mental (Hoffner y Cohen, 2015), estudios como el de Derby (2009) demuestran que, aunque *Monk* supone un precedente en la representación del TOC en televisión, la serie se basa en “la reproducción del mito y la ideología cultural”, mostrando a un personaje estereotipado, “sin esperanza de alivio” o mejoría y marcado por la presencia constante de síntomas, de los cuales depende el humor de la serie y que contribuyen a la reproducción del “mito de la enfermedad perpetua”.



Figura 2: Cartel de *Monk*

3.3.2. Representaciones posteriores

Desde la emisión de *Monk*, diferentes personajes con TOC han ido apareciendo en televisión, **aunque prácticamente ninguno en el rol protagonista**.

Como primeras comedias televisivas en las que se trata el trastorno obsesivo-compulsivo encontramos ***Scrubs* (2001)** – la cual contó con la presencia del doctor Kevin Casey durante dos capítulos de la tercera temporada, personaje interpretado por Michael J. Fox (Fandom, s.f. -b) – y ***Glee* (2009)**. Esta última, a diferencia de *Scrubs*, supone un ejemplo más significativo de la representación del TOC en televisión al introducir a Emma Pillsbury, personaje interpretado por Jayma Mays y con una presencia mucho mayor que el primero (Fandom, s.f. -a).

Con aparición en 63 de los 121 episodios con los que cuenta la serie, Emma Pillsbury, profesora en el instituto en el que se desarrolla la comedia musical, resulta un personaje secundario con gran importancia en la historia y se visibiliza su TOC ya no solo en términos de sintomatología, sino también en su tratamiento y vida diaria, la cual se ve gravemente condicionada por su trastorno. Esta visibilidad se ve

afectada negativamente por su estereotipada obsesión con los gérmenes, la cual Martin (2017) considera que **“fomenta la suposición de que todas las personas con TOC lidian con fobia a los gérmenes y deben ser extremadamente organizadas”** y **“deshumaniza la condición”** al reducir toda la personalidad de un personaje a su trastorno.

Después de *Glee* llegó ***Girls* (2012)**, de la mano de la directora, guionista y actriz Lena Dunham (IMDb, 2012). *Girls* cuenta la vida en Nueva York de cuatro veinteañeras, entre ellas la protagonista Hannah Horvath, interpretada por la propia Dunham. Así, **nos encontramos con el primer caso de trastorno obsesivo-compulsivo en un personaje protagonista desde *Monk* (2002)**, pero la representación e impacto de la patología en la trama es mucho menor.

El TOC de Hannah aparece por primera vez en el episodio número ocho de la segunda temporada – titulado *It's Back* (IMDb, 2012) – y, hasta entonces, no hay ningún indicio

de que la protagonista sufra dicho trastorno. Esta falta de síntomas es justificada situando el primer diagnóstico de Hannah en su adolescencia y afirmando que, desde entonces, las compulsiones habían remitido, hecho que el doctor Paul Puri en su entrevista a *Vulture* califica como “plausible” pero no justifica que la manifestación de su TOC parezca que sale “un poco de la nada” (Watkins, 2014). **Y es que, hasta la recaída en *It's Back*, en ningún momento se menciona este aspecto de la vida de Hannah y, además, tal como llega, se va.** De hecho, en el capítulo siguiente – titulado *On All Fours* (IMDb, 2012) – la situación empeora para la protagonista, pero la temporada acaba sin saber más sobre su TOC y, aunque en el primer capítulo de la tercera se menciona que Hannah está en tratamiento farmacológico, no se vuelve a hablar sobre ello, hecho que Puri considera que “no es muy consistente con gran parte de su personaje” (Watkins, 2014).

Por último, las representaciones más recientes del trastorno obsesivo-compulsivo vienen de la mano de *American Housewife* (2016) y *Pure* (2019), dos alternativas a los discursos sobre el TOC habituales.

En *American Housewife* lo encontramos en Anna-Kat Otto, la hija menor de la familia protagonista y personaje secundario en la trama (ABC, s.f.). **Se trata del primer caso donde el trastorno obsesivo-compulsivo se manifiesta en la infancia** – patología adquirida de su padre Greg, según afirmó en su entrevista a *The Maine Edge* Diedrich Bader, actor que lo interpreta (Dow, 2019) – y, aunque muestra los rasgos habituales de las representaciones estereotipadas del TOC, destaca por plasmar la evolución favorable de Anna-Kat gracias a su tratamiento con la terapeuta de la escuela.

En *Pure*, en cambio, lo encontramos en Marnie MacCauley, protagonista de la serie (IMDb, 2019). **Y es que la comedia no solo destaca por ser el tercer y más actual caso de representación del trastorno obsesivo-compulsivo en el personaje principal, sino que toda la trama gira alrededor del diagnóstico de este, el cual, además, forma parte del subtipo de TOC de pensamientos intrusivos en su vertiente sexual.** Así, *Pure* representa un cambio drástico en el paradigma de las representaciones televisivas del trastorno, partiendo desde una perspectiva innovadora no contemplada hasta el momento.

3.3.3. *Pure*: ficha técnica, personajes y recepción

Pure es una comedia dramática de seis capítulos dirigida por Aneil Karia y Alicia MacDonald, estrenada el 30 de enero de 2019 en el canal británico Channel 4 (Wikipedia contributors, s.f.) y posteriormente añadida al catálogo de la plataforma española Filmin, el 11 de noviembre de ese mismo año (IMDb, 2019). Entre los datos más relevantes, encontramos (FilmAffinity, s.f. -b):

TABLA 7
Ficha técnica de *Pure*

Título original	<i>Pure</i>
Año de estreno	2019
País	Reino Unido
Número de capítulos	6 (1 temporada)
Dirección	Aneil Karia, Alicia MacDonald
Guion	Kirstie Swain (basado en la novela <i>Pure</i> de Rose Cartwright)
Producción	Drama Republic
Fotografía	Mattias Nyberg, Ben Todd
Música original	Julia Holter
Intérpretes principales	Charly Clive (Marnie), Joe Cole (Charlie), Kiran Sonia Sawar (Shereen), Niamh Algar (Amber), Anthony Welsh (Joe), Olive Gray (Helen)
Disponible en	Filmin (España)

Fuente: Elaboración propia a partir de FilmAffinity (s.f. -b)

La serie televisiva **se basa en el libro semi autobiográfico *Pure* de Rose Cartwright**, el cual narra las experiencias de la propia autora con su trastorno obsesivo-compulsivo de pensamientos no deseados, apodado *Pure O* y caracterizado por “pensamientos repetitivos, dudas e imágenes mentales sobre cosas como el sexo, la blasfemia y el asesinato” (Morgan, 2019). Así, **se trata de la representación más**

reciente del trastorno en una serie televisiva de comedia y, además, de la primera en la que se habla sobre el TOC de pensamientos no deseados.

Kirstie Swain, guionista de la serie, usó las vivencias de Cartwright “para contar una historia convincente sobre las preocupaciones cíclicas y el impacto que pueden tener en la vida de una persona; no solo en su propia cabeza, sino también en sus relaciones con familiares, amigos, amantes y colegas”, ya que “muchá gente piensa que la salud mental se trata solo de la relación contigo mismo, pero influye en cómo te relacionas con todo el mundo” (Morgan, 2019).

Desde esta perspectiva se plantea la historia de Marnie MacCauley, personaje basado en la propia Rose Cartwright (Mangan, 2019) y que es diagnosticado con su mismo trastorno obsesivo-compulsivo, **el cual se describe desde las vivencias de la escritora y la investigación que acompañó los dos años y medio de producción de la serie, recibiendo “aportaciones de psicólogos, organizaciones benéficas y otras personas que viven con TOC”**. “Para mí era importante que la serie fuera fiel a mi angustia”, explicaba Cartwright en una entrevista a *The Guardian*, “porque, aunque ahora sé que no soy la única, hubo mucho tiempo en que no lo supe” (Morgan, 2019).

“Marnie no está bien. Ha tenido pensamientos indecentes en los últimos 3672 días y no sabe por qué o qué significan.

Cuando se sube a un autobús con dirección a Londres, Marnie no conoce a nadie, ni siquiera a sí misma, pero en la ciudad intentará construirse una nueva vida.”

Pure, sinopsis (FilmAffinity, s.f. -b)



Figura 3: Cartel alternativo de *Pure*

Así, con la llegada de Marnie a Londres empieza **su búsqueda de respuestas para “diagnosticar y lidiar con su condición”** (Mangan, 2019) – la cual la llevará desde una visita poco esclarecedora al médico hasta su primera experiencia sexual con otra mujer o la asistencia a un grupo de apoyo de adictos al porno y al sexo – y, gracias a ello, conocerá a aquellos que la acompañarán en su nueva vida en la ciudad.

Los **personajes principales** de la serie son (IMDb, 2019):



Figura 4: Marnie

Marnie: Interpretada por **Charly Clive**, se trata de la protagonista de la serie. Debido a una mala experiencia en la fiesta de aniversario de sus padres, Marnie llega a su límite y decide marcharse a Londres para encontrar un por qué a los pensamientos intrusivos sexuales que cada vez le son más recurrentes. Allí descubre que tiene un trastorno obsesivo-compulsivo de pensamientos no deseados relacionados con el sexo y da sus primeros pasos para tratarlo, a la vez que crea su nueva vida en la ciudad.



Figura 5: Charlie

Charlie: Interpretado por **Joe Cole**, Charlie empieza como un interés amoroso y acaba convirtiéndose en el mayor apoyo de Marnie a lo largo de toda la serie. Se conocen a través de la asistencia de la protagonista al grupo de adictos al sexo y al porno al cual él acude regularmente – ya que es un adicto al porno y al alcohol rehabilitado –, y es Charlie quien, buscando entre los libros de la biblioteca médica de Londres, descubre que Marnie encaja en el perfil sintomático del trastorno obsesivo-compulsivo.



Figura 6: Shereen

Shereen: Interpretada por **Kiran Sonia Sawar**, Shereen es una antigua compañera de clase de Marnie que le ofrece una habitación en su piso en Londres – casi tan pequeña como un armario – cuando la protagonista no tiene a dónde ir. Aunque al principio Marnie no acaba de congeniar con ella, acaban creando un fuerte vínculo y en el último capítulo deciden mudarse a otro piso juntas.



Figura 7: Amber

Amber: Interpretada por **Niamh Algar**, Amber es la primera persona que Marnie conoce en Londres. Se encuentran una noche en un *pub* y, lo que empieza como una atracción sexual, acaba en una oferta de trabajo – de becaria en la revista *Ethel*, en la que Amber es redactora – y en una profunda amistad.



Figura 8: Joe



Figura 9: Helen

Joe: Interpretado por **Anthony Welsh**, Joe es el compañero de piso y de trabajo de Amber. Desde el primer momento, Marnie tiene una gran química con él y, aunque a veces duda de sus sentimientos hacia Charlie, Joe es su principal interés amoroso a lo largo de la serie.

Helen: Interpretada por **Olive Gray**, Helen es la mejor amiga de Marnie desde la infancia. Aunque han crecido juntas, la protagonista siente que “detona” sus pensamientos no deseados y es por ese motivo que se aleja de ella al marcharse a Londres. Finalmente, después de que Helen la visite en la ciudad, ambas entienden que necesitan distanciarse por un tiempo y se despiden hasta que Marnie decida volver a su pueblo natal.

Por último, **es necesario destacar el buen recibimiento que Pure ha tenido por parte de academias, críticos y audiencia general**. En 2019, la serie fue nominada en el Royal Television Society Craft & Design Award (Reino Unido), en la categoría de *mejor sonido*, y en 2020 recibió otras dos nominaciones, una en los Irish Film and Television Awards por la interpretación de la actriz secundaria Niamh Algar (Amber), y otra en el BAFTA Television Craft Award, en la categoría *talento innovador*, por la dirección de Aneil Karia (IMDb, 2019).

La serie cuenta con un 79% de valoración positiva por parte de la audiencia de Rotten Tomatoes (s.f.) y un 81% por parte de sus críticos, los cuales consensúan que “*Pure* elude las sórdidas fallas de su descarada premisa para, en cambio, explorar con compasión las complicaciones de la compulsión, la vergüenza y la lucha por encontrar sentido a uno mismo”.

Además, el periódico británico The Times clasifica la serie como “inteligente, ingeniosa y, curiosamente dado el contenido, a veces bastante inocente y encantadora” (Rotten Tomatoes, s.f.) y Eleanor Morgan destaca en la también británica The Guardian el potencial efecto que puede tener en la audiencia, especialmente entre el público joven. “Las conversaciones de la sociedad sobre la salud mental son cada vez más amplias y matizadas”, afirma, y añade: “**Pure** se siente lo suficientemente transgresora

como para atrapar a una audiencia joven mientras comunica algo importante. En el fondo, el mensaje de *Pure* es de esperanza” (Morgan, 2019).

A pesar de las buenas críticas y según afirma RadioTimes, la serie no ha sido renovada para una segunda temporada, tal como explica el portavoz de Channel 4 en la entrevista. "Aunque no regresará para una segunda temporada para Channel 4, estamos increíblemente orgullosos del programa y del equipo creativo inmensamente talentoso, frente y detrás de la cámara, que lo creó", añade (Jeffery, 2020).

0
4

Diseño metodológico

**Descripción y justificación de la
muestra y la técnica de investigación.**

4. Diseño metodológico

En este cuarto apartado se expondrá el diseño metodológico escogido para recoger los datos en los que se basará la investigación. En primer lugar, **se identificará y justificará la muestra escogida**; en segundo, **se explicará cuál ha sido la técnica de investigación con la cual se han obtenido los datos y la experiencia de su testeo**; y, por último, **se hablará sobre el desarrollo definitivo del análisis**.

4.1. Explicación y justificación de la muestra

En primer lugar y teniendo en cuenta que la investigación toma como objeto de estudio la representación del trastorno obsesivo-compulsivo en un producto mediático – tal como se indica en el apartado dedicado a la determinación del problema de investigación –, **se llevó a cabo una primera búsqueda de títulos que se adecuaran a unos criterios comunes**, establecidos con la intención de conocer la totalidad de propuestas posibles para la investigación y la posterior determinación del universo y la muestra del estudio. Dichos criterios fueron:

1. Ser una serie televisiva del siglo XXI dentro del género de la comedia.
2. Contar con un personaje (principal o secundario) con un trastorno obsesivo-compulsivo.
3. Que dicho personaje, además de mostrar síntomas de la patología, fuese diagnosticado claramente en algún momento de la serie mediante la verbalización de este u otros personajes, confirmándola.

Estos criterios resultaron en **una primera selección de seis series**, las cuales cumplían con los tres requisitos especificados y que fueron: *Monk* (2002), *Pure* (2019), *Girls* (2012), *Glee* (2009), *American Housewife* (2016) y *Scrubs* (2001).

A partir de estas seis propuestas, **se realizó una segunda investigación sobre cada una de ellas** para determinar si realmente el trastorno obsesivo-compulsivo y el personaje diagnosticado con él tenía un peso argumental lo suficientemente importante como para ser estudiado – siendo *Monk* y *Pure* las únicas series que cumplían este requisito – y si ya habían sido analizadas anteriormente.

Así y después de dos estudios previos, **Pure fue la serie escogida para realizar el estudio de caso, ya que, además de cumplir con todos los requisitos mencionados** – ser una serie de comedia, que su protagonista sea diagnosticada con un trastorno obsesivo-compulsivo de forma clara, que el trastorno sea una pieza esencial en su argumento y que no haya sido estudiada antes –, **se trataba de la propuesta más reciente, mejor valorada por la crítica y más innovadora, al tratar un TOC no representado nunca antes en una serie de comedia: el trastorno obsesivo-compulsivo de pensamientos no deseados.**

Como *Pure* cuenta con una única temporada, **la muestra escogida ha sido la totalidad de la serie**, formada por seis capítulos de 202 minutos de metraje total (3 horas y 22 minutos), los cuales **equivalenten al total del universo de estudio.**

4.2. Explicación y justificación de la técnica de investigación

A partir de los objetivos e hipótesis formuladas en el apartado de determinación del problema de investigación y del estudio contextual realizado en el marco teórico, se ha escogido el **estudio de caso de tipo intrínseco** (Stake, 2005) para responder a las cuestiones planteadas, ya que se pretende “alcanzar una mejor comprensión del caso concreto a estudiar”, sin buscar generalizaciones y estudiando únicamente la representación del trastorno obsesivo-compulsivo en *Pure* “porque el caso en sí es de interés”, tal como ha quedado demostrado.

La técnica de investigación utilizada para el estudio de la muestra delimitada en el apartado anterior es el **análisis de contenido**. Krippendorff (1990) la define como “una de las más importantes técnicas de investigación de las ciencias sociales”, la cual “procura entender los datos, no como un conjunto de sucesos físicos, sino como fenómenos simbólicos, y abordar su análisis directo”, coincidiendo con el propósito de la investigación de obtener unos resultados que permitan comprender en profundidad – y posteriormente analizar – la representación del TOC en la muestra escogida.

Además, este análisis de contenido se llevará a cabo de forma **cuantitativa**, con el propósito de obtener datos de forma sistemática y objetiva.

Para obtener dichos datos se ha elaborado una **ficha de análisis de contenido**, la cual se vale de una **tabla de minutado** y un **manual aclaratorio de soporte** en el que se definen en profundidad los criterios que se deben tener en cuenta a la hora de llenar la ficha, con el propósito de asegurar unas respuestas concretas, objetivas y fiables.

Se llenará **una ficha por capítulo** y los episodios se visualizarán en versión original subtitulada en español a través de la plataforma en línea Filmin.

4.2.1. Ficha de análisis y manual

La ficha de análisis de contenido está formada por dos apartados: una **cabecera** donde se indicará el número de ficha, la fecha, la serie analizada (*Pure*), el personaje analizado (Marnie), el número de capítulo y la duración de este, y una **tabla** dividida en columnas, diferenciando unidad de análisis, categoría, pregunta, análisis (refiriéndose a la acción que se debe llevar a cabo para responderla) y respuesta.

Mientras que la cabecera es simplemente un recurso para recoger la información básica sobre qué se analizará y cuándo, la **tabla de análisis de contenido** **constituye el elemento principal de la metodología de la investigación**. Esta es de **elaboración propia y nace del marco teórico de referencia**, concretamente del documento del Consell de l'Audiovisual de Catalunya ***Recomanacions sobre el tractament de la salut mental als mitjans audiovisuals*** (2015), en su apartado de consejos sobre la divulgación de una imagen normalizada con relación a las enfermedades mentales en las obras de ficción y que se encuentra explicado en profundidad en el punto 3.2.2. *Contra la estigmatización en los medios*.

Así, el procedimiento de elaboración de la tabla de análisis de contenido se inició con el planteamiento de las siguientes **unidades de análisis**, las cuales responden directamente a los consejos del documento del CAC (2015):

TABLA 8
Definición y procedencia de las unidades de análisis

Unidad	Definición	Recomendación de procedencia
Rol	La función del personaje con TOC en el capítulo analizado	2. Mostrar a los personajes en los demás roles de su vida, más allá de su enfermedad mental
Carácter	Los rasgos de personalidad que caracterizan al personaje analizado	1. Investigar escuchando
Síntomas	Los síntomas de TOC mostrados por el personaje analizado	4. Darle a la historia el tiempo que necesita 1. Investigar escuchando
Interacción	La interacción del personaje con TOC con los demás personajes que aparecen en el capítulo	3. Mostrar la reacción de otros personajes 5. El humor puede ser útil

Fuente: *Elaboración propia a partir de CAC (2015)*

A continuación, se dividió cada unidad en **categorías de análisis**, las cuales agrupan las diferentes preguntas que se deberán responder mediante la visualización de los capítulos. Estas son:

TABLA 9
Definición de las categorías de análisis

Unidad	Categoría	Definición
Rol	Protagonismo	La importancia que el personaje tiene en la trama del capítulo analizado
	Tiempo en pantalla	Aspectos relacionados con la duración de la aparición del personaje a lo largo del capítulo
	Acción	La actividad del personaje en el capítulo

Carácter	Personalidad	El temperamento que el personaje muestra en el capítulo
Síntomas	Compulsiones	“Comportamientos o actos mentales repetitivos que el sujeto realiza como respuesta a una obsesión o de acuerdo con reglas que ha de aplicar de manera rígida” (APA, 2013)
	Obsesiones	“Imágenes, impulsos o pensamientos recurrentes y persistentes experimentados como intrusos o no deseados y que causan en el sujeto ansiedad o malestar” (APA, 2013)
	Tipología	El tipo de TOC diagnosticado en el personaje analizado
	Tratamiento	Las vías de tratamiento que se muestran en el capítulo
Interacción	Rechazo	Actitudes negativas que otros personajes adoptan frente al TOC del personaje analizado
	Aceptación	Actitudes positivas que otros personajes adoptan frente al TOC del personaje analizado
	Humor	Uso del humor y al discurso de la burla cuando este se enmarca en temas relacionados con el TOC, su sintomatología y otras situaciones derivadas de la patología

Fuente: Elaboración propia

Y, por último, con las unidades y las categorías ya definidas, se procedió a completar la tabla con la redacción de las **preguntas** y sus **opciones de respuesta**. Así, se terminó la **primera ficha de análisis de contenido**, la cual se adjunta a continuación.

Además de la ficha, se elaboró el **Manual para la ficha de análisis**, documento en el que se profundiza sobre los conceptos estudiados con el objetivo de delimitar los aspectos que en la ficha se tratan y hacer una breve introducción a cada pregunta para asegurar su entendimiento. Se encuentra adjunto en el apartado de *Anexos*.

FICHA DE ANALISIS

Nº ficha:	X	Serie analizada:	Pure (2019)	Capítulo:	XxXX
Fecha:	XX/XX/XXXX	Personaje analizado:	Marnie	Duración:	XX'

Unidad de análisis	Categoría	Pregunta	Análisis	Respuesta
Rol	Protagonismo	En el capítulo, ¿qué peso tiene el personaje en la acción que se desarrolla?	Marcar	Protagonista
				Secundario
		¿Cuánto tiempo aparece el personaje en pantalla de forma activa?	Minutar	
	Tiempo en pantalla	De ese tiempo, ¿cuánto se ocupa en mostrar su TOC?	Minutar	
		¿Cuánto se ocupa en mostrarlo en otros roles de su vida?	Minutar	
	Acción	¿En qué contexto/s vemos actuar al personaje en el capítulo?	Marcar	Profesional
				Personal
				Social
				Amoroso
				Familiar
Carácter	Personalidad	En el tránsito del capítulo, ¿el personaje muestra actitudes de las consideradas "estereotipadas"?	Marcar	Sí
				No
	En caso afirmativo, ¿cuáles y cuántas veces?		Contabilizar	Rigidez
				Frialdad
				Control
				Ansiedad evidente
				Perfeccionismo
				Actuar concienzudamente
Síntomas	Compulsiones	En el tránsito del capítulo, ¿el personaje experimenta compulsiones?	Marcar	Sí
				No
	En caso afirmativo, ¿cuántas veces muestra compulsiones relacionadas con las siguientes temáticas?		Contabilizar	Descontaminación/Limpieza
				Ordenar/Arreglar
				Comprobación/Verificación
				Repetición de actividades rutinarias
	Obsesiones			Rituales mentales
		¿A qué obsesiones comunes responden dichas compulsiones?	Contabilizar	Contaminación
				Preocupación enfermedades
				Verificación
				Acumulación
				Simetría y orden
				Sexo y moralidad
	Tipología	Según sus obsesiones y compulsiones, ¿con qué tipo/s de TOC se identifica el personaje?	Marcar	TOC de limpieza
				TOC de comprobación
				TOC de pensamientos no deseados
	Tratamiento	¿El personaje sabe que tiene un TOC?	Marcar	Sí
				No
		En caso afirmativo, ¿se le muestra en tratamiento?	Marcar	Sí
				No
		En caso afirmativo, ¿qué tipo/s de tratamiento se muestra?	Marcar	Psicoterapia

				Farmacológico
				Otros (especificar):
		Sea consciente o no de su TOC, ¿reconoce los pensamientos no deseados y sabe que estos no son ciertos?	Marcar	Sí (introspección buena)
				A veces (poca introspección)
				No (ausencia de introspección)
Interacción	Rechazo	¿El personaje experimenta actitudes de rechazo por parte de los demás personajes con relación a su TOC?	Marcar	Sí
				No
		En caso afirmativo, ¿por parte de cuántos personajes?	Contabilizar	
		¿De qué tipo y cuántas veces?	Contabilizar	Minimización
				Sintomatización
				Condescendencia
				Peligrosidad e imprevisibilidad
				Miedo al contagio
				Menor inteligencia
Interacción	Aceptación	¿Qué grado de impacto tiene en el personaje?	Contabilizar	Incompetencia
				Vergüenza
		Muy grave		
		Grave		
		Leve		
		Indiferente		
		¿El personaje experimenta actitudes de aceptación por parte de los demás personajes con relación a su TOC?	Marcar	Sí
				No
		En caso afirmativo, ¿por parte de cuántos personajes?	Contabilizar	
Humor	Humor	¿De qué tipo y cuántas veces?	Contabilizar	Respeto
				Cuidado
				Generosidad
				Compromiso
				Confianza
				Cooperación
				Empatía
				Paciencia
		¿Qué grado de impacto tiene en el personaje?	Contabilizar	Muy positivo
Humor	Humor			Positivo
				Leve
				Indiferente
		Cuando se hace uso del humor, ¿de qué tipo es y cuántas veces aparece?	Contabilizar	Humor positivo
				Humor negativo
				Autocrítica
		Cuando se trata de humor positivo, ¿qué reacción tiene el personaje?	Contabilizar	Risa
				Sonrisa
				Indiferencia
Humor	Humor			Incomodidad
				Disgusto
		Cuando se trata de humor negativo, ¿qué reacción tiene el personaje?	Contabilizar	Risa
				Sonrisa
				Indiferencia

				Incomodidad
				Disgusto
	Cuando se trata de autocrítica, ¿qué reacción tiene el personaje?	Contabilizar		Risa
				Sonrisa
				Indiferencia
				Incomodidad
				Disgusto

4.2.2. Testeo de la técnica de investigación

Cuando se terminó con la elaboración de los dos documentos mencionados – ficha de análisis de contenido y *Manual para la ficha de análisis* – se procedió a realizar el **testeo** para comprobar la viabilidad de la técnica de investigación propuesta, el cual se basó en **el análisis del primer y el segundo capítulo de Pure**.

Se llevaron a cabo **dos pruebas piloto**: una **interna**, realizada por mí, y otra **externa**, realizada por un individuo ajeno a la investigación. Dichas pruebas sirvieron para comprobar el correcto funcionamiento de las herramientas elaboradas y **se concluyó que estas eran viables y fiables, ya que en la mayoría de los casos se obtuvieron los mismos resultados en ambos testeos**.

Aun así, estos sirvieron para desvelar la necesidad de algunas correcciones y aclaraciones en los documentos elaborados y también de la creación de una tabla de minutado. Los cambios fueron los siguientes:

Correcciones en la ficha de análisis. Se detectaron dos casos en los que la formulación de la pregunta a responder en la tabla de análisis de contenido generaba dudas.

1. En la categoría *tratamiento*, dentro de la unidad de análisis *síntomas*, la formulación “En caso afirmativo, ¿se le muestra en tratamiento?” obligaba a la respuesta afirmativa de la pregunta anterior, “¿El personaje sabe que tiene un TOC?”. Se decidió eliminar el inicio “En caso afirmativo”, ya que, en los dos primeros capítulos, la protagonista no ha sido diagnosticada aún, pero prueba diferentes vías de tratamiento, las cuales era importante destacar en el análisis definitivo.
2. En la categoría *humor*, dentro de la unidad de análisis *interacción*, la formulación “Cuando se hace uso del humor, ¿de qué tipo es y cuántas veces aparece?” generó en la prueba externa confusión sobre si se debían tener en cuenta todos los discursos de burla o solo los referentes al trastorno obsesivo-compulsivo de la protagonista. Como solución, se reformuló la pregunta de la siguiente manera: “Cuando se hace uso del humor para referirse al TOC o a

una situación derivada de este, ¿de qué tipo es y cuántas veces aparece?".

Aclaraciones en el *Manual para la ficha de análisis*. Además de las correcciones realizadas en la ficha de análisis, se observó la necesidad de añadir tres notas aclaratorias y una ampliación de las descripciones recogidas en el manual.

1. La primera nota aclaratoria hace referencia a los momentos en los que se muestra en pantalla una compulsión, pero no la obsesión que la desencadena, o viceversa. En este caso, simplemente se expone que esta situación puede suceder y que el número total de obsesiones y compulsiones que se representan en el capítulo pueden no coincidir, sin eso significar que se hayan contabilizado incorrectamente.
2. La segunda nota aclaratoria tiene en cuenta la posibilidad de que las imágenes intrusivas que se muestren como reflejo de las obsesiones de la protagonista sean más de una e impliquen personajes o acciones diferentes. En ese caso, se insta a que, si estas se suceden consecutivamente y nacen de un mismo pensamiento, se contabilicen como una sola aparición de la obsesión.
3. La tercera y última nota aclaratoria hace referencia a la primera corrección realizada en la ficha de análisis, clarificando que, aunque pueda parecer contradictorio, es posible que el personaje no haya sido diagnosticado con un trastorno obsesivo-compulsivo pero que este ya esté en vías de tratamiento.
4. Por último, se añadió una breve aclaración en la descripción de la pregunta modificada en la segunda corrección de la ficha de análisis, referente al discurso de la burla. En este caso, se amplió la explicación clarificando que se estudia el humor solo cuando este hace referencia al TOC y a situaciones derivadas de este.

Creación de la *Tabla de minutado*. En último lugar, además de las correcciones y aclaraciones explicadas, se observó la necesidad de crear un documento donde se pudiera dejar constancia de los cálculos de metraje realizados en la unidad de análisis dedicada al *rol*, en la categoría *tiempo en pantalla*, ya que, hasta el momento, se

habían realizado manualmente. Se elaboró una *Tabla de minutado* por capítulo, la cual se dividió en dos columnas:

- **Tiempo muestra TOC**, donde se indican individualmente los fragmentos del capítulo en los que el personaje muestra sintomatología, vías de tratamiento o situaciones derivadas del trastorno obsesivo-compulsivo.
- **Marnie no en pantalla**, donde se contabilizan los minutos del capítulo en los que la protagonista no aparece en pantalla, indicando el tiempo que se emplea en narrar la historia de otro personaje y su nombre.

Los resultados obtenidos en dichas columnas se trasladan – generalmente de forma automática – a la **tabla de resultados del minutado**, en la cual cada columna corresponde a un capítulo y en cada fila se indica:

TABLA 10
Descripción de la tabla de resultados del minutado

Fila	Descripción	Acción
Metraje total	Duración total del capítulo	Manual
Créditos	Duración de los créditos finales del capítulo, la cual es fija (1 minuto)	Automática
Marnie no en pantalla	Total del tiempo contabilizado en la segunda columna de la tabla de minutado	Automática
Total Marnie en pantalla (casilla azul)	Resultado de la resta <i>Metraje total - Créditos - Marnie no en pantalla</i>	Automática
Tiempo muestra TOC	Total del tiempo contabilizado en la primera columna de la tabla de minutado	Automática
Total otros roles (casilla naranja)	Resultado de la resta <i>Total Marnie en pantalla - Tiempo muestra TOC</i>	Automática

Fuente: *Elaboración propia*

Para su mejor comprensión, **se adjuntan a continuación tanto la ficha de análisis definitiva como la tabla de minutado**, las cuales también cuentan con una explicación detallada de su funcionamiento en el *Manual para la ficha de análisis*.

FICHA DE ANÁLISIS

Nº ficha:	X	Serie analizada:	Pure (2019)	Capítulo:	1xXX
Fecha:	XX/XX/XXXX	Personaje analizado:	Marnie	Duración:	XX'

Unidad de análisis	Categoría	Pregunta	Ánalisis	Respuesta	
Rol	Protagonismo	En el capítulo, ¿qué peso tiene el personaje en la acción que se desarrolla?	Marcar	Protagonista	
				Secundario	
	Tiempo en pantalla	¿Cuánto tiempo aparece el personaje en pantalla de forma activa?	Minutar		
		De ese tiempo, ¿cuánto se ocupa en mostrar su TOC?			
		¿Cuánto se ocupa en mostrarlo en otros roles de su vida?			
	Acción	¿En qué contexto/s vemos actuar al personaje en el capítulo?	Marcar	Profesional	
				Personal	
				Social	
				Amoroso	
				Familiar	
Carácter	Personalidad	En el tránsito del capítulo, ¿el personaje muestra actitudes de las consideradas "estereotipadas"?	Marcar	Sí	
		En caso afirmativo, ¿cuáles y cuántas veces?		No	
			Contabilizar	Rigidez	
				Frialdad	
				Control	
				Ansiedad evidente	
				Perfeccionismo	
				Actuar concienzudamente	
Síntomas	Compulsiones	En el tránsito del capítulo, ¿el personaje experimenta compulsiones?	Marcar	Sí	
				No	
		En caso afirmativo, ¿cuántas veces muestra compulsiones relacionadas con las siguientes temáticas?	Contabilizar	Descontaminación/Limpieza	
				Ordenar/Arreglar	
				Comprobación/Verificación	
	Obsesiones	¿A qué obsesiones comunes responden dichas compulsiones?	Contabilizar	Repetición de actividades rutinarias	
				Rituales mentales	
				Contaminación	
				Preocupación enfermedades	
				Verificación	
	Tipología	Según sus obsesiones y compulsiones, ¿con qué tipo/s de TOC se identifica el personaje?	Marcar	Acumulación	
				Simetría y orden	
				Sexo y moralidad	
				Violencia y agresividad	
				Religión	

Tratamiento	¿El personaje sabe que tiene un TOC?	Marcar	Sí	
	¿Se le muestra en tratamiento?		No	
	En caso afirmativo, ¿qué tipo/s de tratamiento se muestra?	Marcar	Sí	
			No	
Interacción	Rechazo	Marcar	Psicoterapia	
			Farmacológico	
		Marcar	Otros (especificar):	
	Sea consciente o no de su TOC, ¿reconoce los pensamientos no deseados y sabe que estos no son ciertos?		Sí (introspección buena)	
			A veces (poca introspección)	
			No (ausencia de introspección)	
Aceptación	Rechazo	¿El personaje experimenta actitudes de rechazo por parte de los demás personajes con relación a su TOC?	Marcar	Sí
		¿En caso afirmativo, ¿por parte de cuántos personajes?	Contabilizar	No
		¿De qué tipo y cuántas veces?	Contabilizar	Minimización
				Sintomatización
				Condescendencia
	Aceptación	¿Qué grado de impacto tiene en el personaje?	Contabilizar	Peligrosidad e imprevisibilidad
				Miedo al contagio
				Menor inteligencia
				Incompetencia
				Vergüenza
Humor	Aceptación	¿El personaje experimenta actitudes de aceptación por parte de los demás personajes con relación a su TOC?	Marcar	Muy grave
		¿En caso afirmativo, ¿por parte de cuántos personajes?	Contabilizar	Grave
		¿De qué tipo y cuántas veces?	Contabilizar	Leve
				Indiferente
		¿Qué grado de impacto tiene en el personaje?	Contabilizar	Respeto
				Cuidado
				Generosidad
				Compromiso
			Contabilizar	Confianza
				Cooperación
				Empatía
				Paciencia
		Cuando se hace uso del humor para referirse al TOC o a una situación	Contabilizar	Muy positivo
				Positivo
				Leve
				Indiferente
				Humor positivo

derivada de este, ¿de qué tipo es y cuántas veces aparece?		Humor negativo Autocrítica
Cuando se trata de humor positivo, ¿qué reacción tiene el personaje?	Contabilizar	Risa Sonrisa Indiferencia Incomodidad Disgusto
Cuando se trata de humor negativo, ¿qué reacción tiene el personaje?	Contabilizar	Risa Sonrisa Indiferencia Incomodidad Disgusto
Cuando se trata de autocrítica, ¿qué reacción tiene el personaje?	Contabilizar	Risa Sonrisa Indiferencia Incomodidad Disgusto

4.3. Desarrollo del análisis

Después del testeo y habiendo comprobado la viabilidad de la técnica de investigación propuesta para obtener los datos necesarios para responder las hipótesis planteadas en el inicio del estudio, se procedió a realizar el análisis definitivo. Se llenaron **seis fichas de análisis, con los cambios propuestos en el proceso de testeo y con sus correspondientes tablas de minutado**, todas adjuntas en el apartado *Anexos*.

Así y habiendo acabado el análisis de contenido, los procedimientos llevados a cabo finalmente a lo largo del estudio fueron los siguientes:

1. **Propuesta y selección del tema de investigación.** Se propuso una lista de temas de interés y se seleccionó el análisis de contenido sobre la representación del trastorno obsesivo-compulsivo en un producto mediático como temática del estudio.
2. **Planteamiento de los objetivos y esquematización del contenido.** Cuando se tuvo el tema seleccionado, se plantearon los objetivos que marcarían el desarrollo de la investigación y se propuso el esquema de apartados para el presente documento.
3. **Contextualización.** A continuación, se consultaron múltiples fuentes para la elaboración del marco teórico del estudio, el cual constituye la base teórica esencial para la investigación.
4. **Diseño de la metodología.** Habiendo adquirido los conocimientos previos necesarios para el abordaje de la temática estudiada, se diseñó la metodología de la investigación y se seleccionó la muestra que posteriormente se analizaría.
5. **Ánálisis de contenido.** Se elaboraron los documentos necesarios y se realizó el análisis de contenido de la muestra seleccionada.
6. **Interpretación de los resultados.** Con el análisis acabado, se estudiaron e interpretaron los resultados obtenidos, destacando los datos más relevantes.
7. **Conclusiones.** A partir de la interpretación de los resultados, se reflexionó sobre los objetivos e hipótesis planteadas en el inicio del estudio para obtener las conclusiones de la investigación.

8. **Maquetación, corrección y últimos detalles.** Habiendo finalizado el proceso de investigación, se concluyó la redacción del presente documento, se maquetó y se revisó.

4.4. Prevenciones metodológicas

Por último y antes de finalizar este apartado dedicado a la metodología de la investigación, es importante comentar brevemente algunas de las limitaciones del estudio.

En primer lugar, durante la elaboración del marco teórico se descubrió **la escasez de información y estudios previos sobre el tema tratado**. Aunque sí que se puede encontrar fácilmente información clínica sobre el trastorno obsesivo-compulsivo, las investigaciones sobre la representación de este en los productos mediáticos son muy escasas, especialmente en el caso de las obras de ficción. Esta situación, a pesar de ser una de las mayores motivaciones para llevar a cabo el presente estudio, resultó ser un gran hándicap a la hora de diseñar y orientar el trabajo, el cual no se pudo inspirar en documentos previos que le sirvieran de referencia y tampoco hacer una comparación entre ellos, perspectiva que resultaba muy interesante.

Esta perspectiva guarda gran relación con la segunda dificultad principal del estudio, que es **la escasez de recursos y el tamaño de la muestra**. Contando con la poca información disponible sobre el tema y considerando el hecho de que la investigación ha sido íntegramente realizada por una sola persona – exceptuando el testeo –, una gran limitación ha sido la imposibilidad de extrapolación de los resultados. Esto se debe a que se trata de un estudio de caso muy específico, limitado por las posibilidades de la propia investigadora y los pocos capítulos con los que cuenta *Pure*. Así, la posibilidad de hacer un estudio comparativo entre diferentes representaciones del TOC en las series televisivas de comedia fue considerada – una perspectiva de gran interés para futuras investigaciones – pero, dadas las circunstancias, tuvo que ser acotada a un estudio de caso.

Por último, la tercera dificultad a la que se enfrentó el estudio fue el **desconocimiento general sobre el trastorno obsesivo-compulsivo**, en el que me incluyo. El TOC es una patología muy afectada por los prejuicios y la estereotipación – la cual sale a la luz día a día en comentarios tan habituales actualmente como decir que algo “te da TOC” si no está en su sitio o no está limpio –, y es por eso por lo que la elaboración del marco teórico fue tan significativa para la investigación. Gran parte del trabajo realizado no se ve plasmado en estas páginas, y es que el proceso de sensibilización y aprendizaje sobre el trastorno – necesario para el abordaje de la temática estudiada y derivado de este desconocimiento generalizado – fue una de las mayores dificultades del estudio y no puede explicarse por escrito. Aun así, se confía en que se vea reflejado en la perspectiva desde la cual se aborda el análisis y desde la que, a continuación, se interpretarán los resultados de la investigación.

0
5

Análisis de los resultados

**Interpretación, comparación y
comentario de los datos obtenidos.**

5. Análisis de resultados

A través de la metodología descrita en el apartado anterior, se han obtenido del análisis de contenido los datos que a continuación se procederá a interpretar, siguiendo el orden de unidades de análisis establecido en la ficha. Además, se analizarán dichos

datos teniendo en cuenta el documento *Recomanacions sobre el tractament de la salut mental als mitjans audiovisuals* (CAC, 2015), fundamento teórico principal en la elaboración de la tabla y los aspectos que en ella se estudian.

5.1. Rol

En la primera unidad de análisis se contemplan aquellos aspectos relacionados con el rol que el personaje analizado adopta en el capítulo, teniendo en cuenta la recomendación del CAC (2015) referente a la importancia de mostrarlo en contextos diferentes, más allá de su patología.

En los resultados obtenidos en dicha unidad se observa, en primer lugar, que **Marnie siempre aparece en el rol protagonista**, siendo el personaje principal de los seis capítulos analizados.

Dichos capítulos suman un total de 202 minutos de metraje (es decir, 3 horas y 22 minutos), de los cuales 163 minutos y medio (2 horas y 5 minutos) muestran escenas en las que Marnie aparece en pantalla de forma activa. Así, **el 80,94% del metraje de Pure se emplea en desarrollar la historia de Marnie**, y el 19,06% restante (38 minutos y medio) pertenece al desarrollo de los demás personajes.

De ese 80,94%, **solo el 26,48% (53 minutos y 30 segundos) se emplea en plasmar su trastorno obsesivo-compulsivo o situaciones derivadas de este**, utilizando el 54,45% restante (110 minutos; es decir, 1 hora y 50 minutos) en mostrar a Marnie en otros roles de su vida.

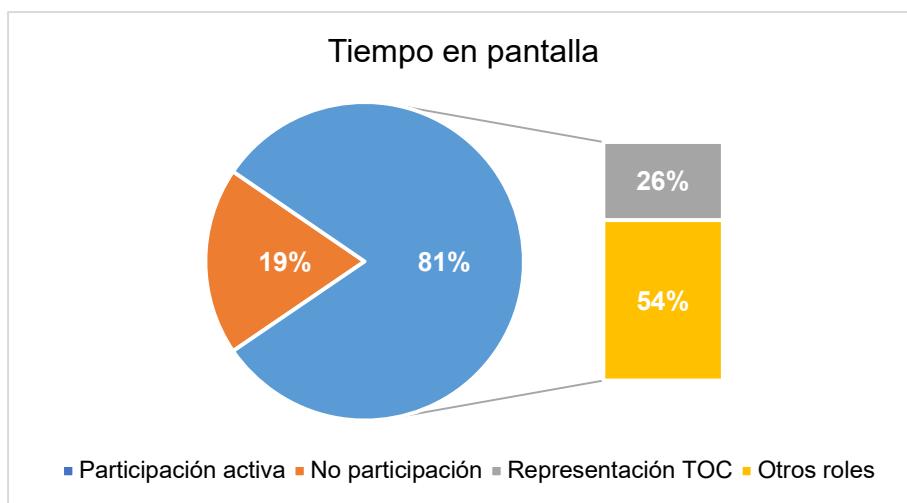


Gráfico 1

Fuente: Elaboración propia

Además, destaca especialmente la variación del tiempo invertido en escenas relacionadas con el trastorno obsesivo-compulsivo que se puede observar cuando se aíslan los minutados de cada uno de los episodios individualmente. **Mientras que los episodios centrales dedican un porcentaje menor del tiempo en pantalla de Marnie en mostrar su patología** – 5 minutos aproximadamente tanto en el capítulo 1x03 como en el 1x04 –, **a medida que se acercan a los extremos, los episodios emplean más metraje en narrativas relacionadas con el TOC** – 12 minutos y medio en el capítulo 1x01, 10 en el 1x02, 9 en el 1x05 y 12 en el 1x06 –.

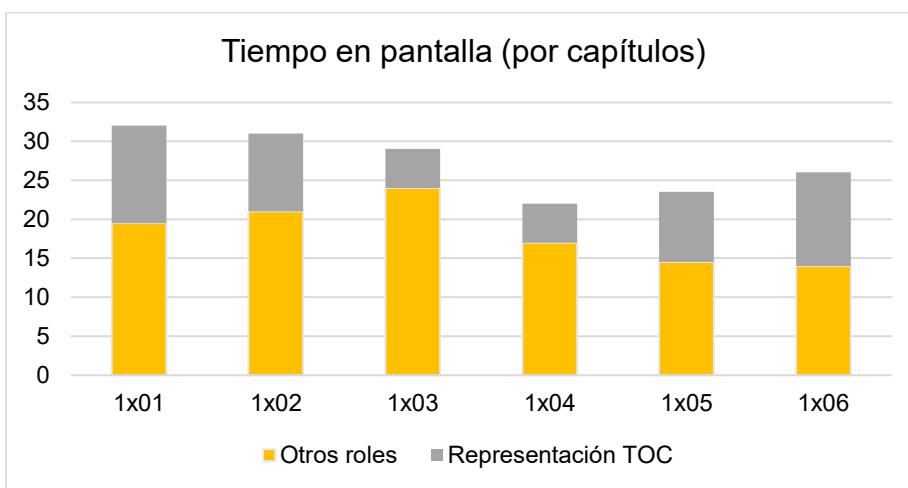


Gráfico 2

Fuente: Elaboración propia

Esta variación se debe al desarrollo del argumento de la serie, el cual muestra la evolución del trastorno obsesivo-compulsivo de Marnie tomando como punto de partida y de finalización dos situaciones críticas derivadas de la sintomatología de la patología. Es por ese motivo que el primer y el último capítulo emplean más metraje en mostrar este aspecto de la vida de Marnie, ya que la narrativa de ambos episodios gira alrededor de su trastorno obsesivo-compulsivo.

Además de este resultado, del análisis de estos mismos datos podemos concluir que **el primer capítulo de *Pure* es el que más tiempo dedica a su protagonista, encontrando una disminución progresiva** – con un pequeño repunte en los dos últimos capítulos, tal como se observa en el *Gráfico 2* – que plasma cómo los personajes secundarios van adquiriendo protagonismo y, por consiguiente, tiempo en pantalla, a medida que avanza la historia y Marnie los conoce más profundamente.

Y es que las relaciones interpersonales juegan un importante papel en el desarrollo de la serie. Volviendo al 54,45% del metraje en el que se observa a Marnie en contextos no relacionados con su patología, **encontramos como el más recurrente el contexto social, el cual aparece en todos los episodios**. En igualdad de condiciones encontramos los roles *personal* y *amoroso*, con aparición en cinco de los seis capítulos, seguidos de las tres apariciones del contexto *profesional* y la única aparición del *familiar*.

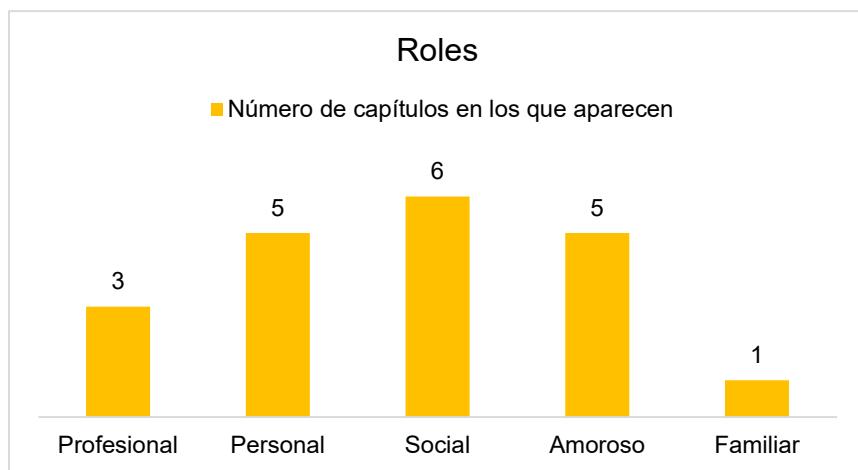


Gráfico 3

Fuente: Elaboración propia

Por lo tanto, del total de los datos extraídos de esta unidad de análisis podemos concluir que, **en el caso de *Pure*, se cumple la recomendación del CAC (2015) referente a la importancia de mostrar al personaje en contextos diferentes, más allá de su patología.** Y es que, aunque el argumento gire en gran parte alrededor del descubrimiento de Marnie de su trastorno obsesivo-compulsivo, este no solo no se limita a la narración simple y llana de su experiencia con la patología, sino que busca plasmar la totalidad de su “aventura” en Londres tratando el TOC como un aspecto más de esta, dedicando parte del metraje a la descripción de situaciones derivadas de este, pero utilizando la gran mayoría en mostrar a Marnie en otros contextos.

5.2. Carácter

La siguiente unidad en la ficha de análisis es el **carácter**, y en ella se contemplan aspectos relacionados con la personalidad y el comportamiento del personaje analizado teniendo en cuenta la recomendación del CAC (2015) referente a la autenticidad de la representación del trastorno.

En este caso, encontramos como primer resultado **la aparición de actitudes de las consideradas “estereotipadas” en todos los capítulos analizados.** Y es que, partiendo de la concepción de *estereotipo* definida en el punto 3.2. *El estigma en el ámbito de la salud mental* del marco teórico, observamos como Marnie adopta en algunos momentos comportamientos de aquellos socialmente asignados a los individuos con un trastorno obsesivo-compulsivo.

Aun así, no todos se ven representados en la protagonista. De los comportamientos contemplados en la lista, observamos 2 casos de *rigidez*, *frialdad* y *control*, pero ningún caso de *perfeccionismo* o de *actuar concienzudamente*. Lo que sí encontramos, en cambio, son 21 ocasiones en las que Marnie presenta *ansiedad evidente*, siendo esta la actitud “estereotipada” más recurrente en el desarrollo de la serie y posicionándose como el único comportamiento de la lista presente en todos sus capítulos.

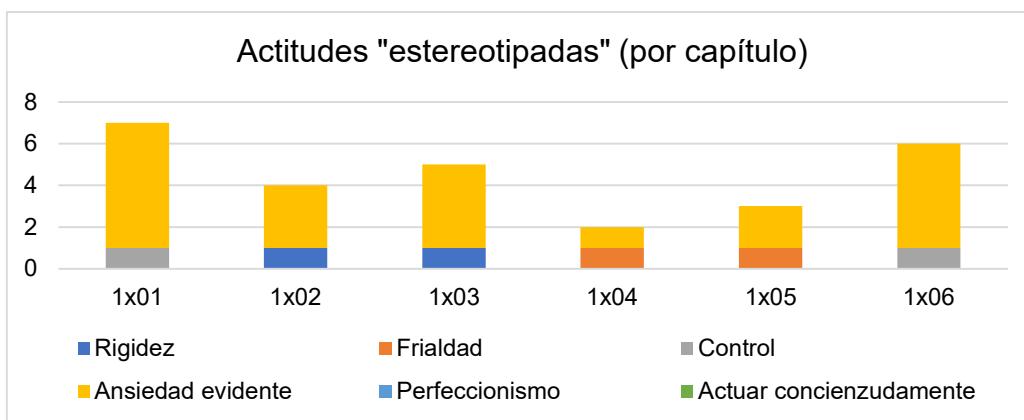


Gráfico 4

Fuente: Elaboración propia

Tal como se puede observar en el Gráfico 4, estos datos demuestran que, **en el caso de Marnie, la concepción estereotipada sobre cómo debe ser una persona con un trastorno obsesivo-compulsivo no se corresponde con la realidad**, ya que, a pesar de mostrar algunas de las actitudes “estereotipadas” puntualmente, estas no tienen la suficiente recurrencia como para ser consideradas parte de su personalidad al no llegar individualmente ni al 10% del total de comportamientos estereotipados analizados – *rigidez, frialdad y control* solo cuentan con aproximadamente un 7% y *perfeccionismo y actuar concienzudamente* ni siquiera aparecen –.

El único caso significativo es el de la *ansiedad evidente*, con un 78% de los casos, y esto se debe a que, tal como se indica en el marco teórico, las obsesiones inherentes en el TOC generan en el individuo la ansiedad que pretenden aliviar mediante las compulsiones, así que la externalización de esta sí que puede resultar recurrente si se tiene en cuenta que la ansiedad forma parte de la sintomatología de la patología.

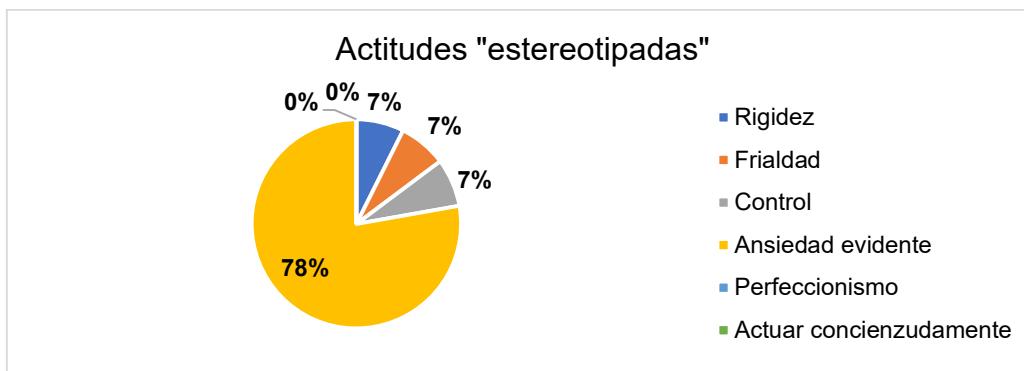


Gráfico 5

Fuente: Elaboración propia

Por lo tanto, de esta unidad de análisis podemos extraer que, a la hora de crear el personaje de Marnie, se ha procurado no caer en la estereotipación, y esto se debe principalmente al trabajo de investigación realizado por el equipo de *Pure*. Al basarse en el libro de Rose Cartwright sobre su propia experiencia con el trastorno obsesivo-compulsivo y haber complementado esta con la de otros individuos con TOC, la vivencia de Marnie es auténtica y nace de experiencias reales, **siguiendo la recomendación del CAC (2015) referente a la importancia de investigar escuchando y de informarse a través del contacto con personas en la misma situación**.

5.3. Síntomas

En la tercera unidad de análisis se estudian los síntomas de trastorno obsesivo-compulsivo que muestra el personaje, teniendo en cuenta la recomendación del CAC (2015) refe-

rente a la autenticidad de la representación del trastorno – igual que en la unidad anterior – pero, también, la de darle a la historia y a la aparición de los síntomas el tiempo necesario.

Como primer resultado, descubrimos que en todos los capítulos Marnie experimenta obsesiones y compulsiones. En el caso de las primeras, **se llegan a mostrar en pantalla hasta 70 obsesiones, siempre escenas relacionadas con el sexo y la moralidad**. En el caso de las compulsiones, en cambio, **se muestran un total 48, en forma de rituales mentales** que externaliza con acciones como cerrar los ojos o apretar los puños con fuerza a la vez que repite “no soy yo, es mi TOC” (“*it's not me, it's my OCD*”).

Por lo tanto, y de acuerdo con la definición de los tipos de trastorno obsesivo-compulsivo descrita en el punto 3.1.3. *Principales trastornos obsesivo-compulsivos* y el esquema de colores incorporado en la ficha de análisis, **en los seis capítulos Marnie muestra síntomas únicamente de TOC de pensamientos no deseados, en concreto en el subtipo de obsesiones sexuales**. Además, el hecho de que el ritual mental más habitual sea la repetición de la afirmación “no soy yo, es mi TOC”

demuestra la buena introspección de la protagonista, la cual en todos los capítulos reconoce sus pensamientos no deseados y es consciente de que estos no son reales.

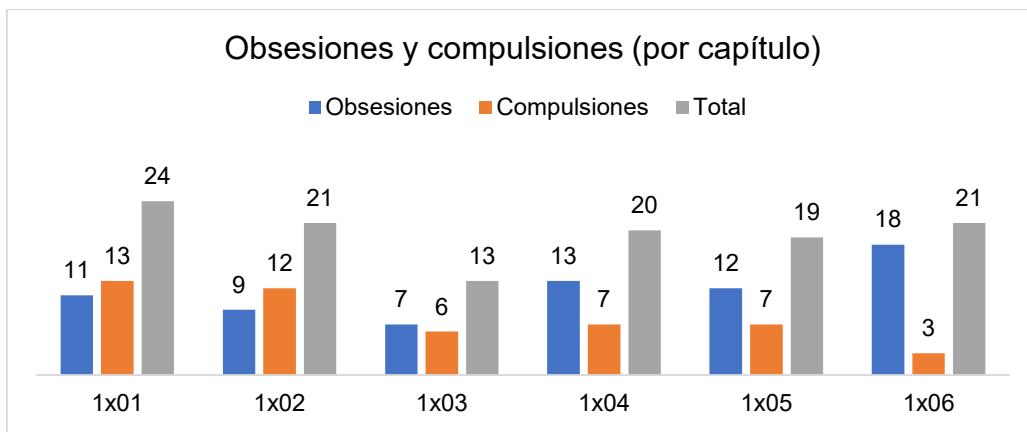


Gráfico 6

Fuente: Elaboración propia

Es interesante destacar la evolución en el número de obsesiones y compulsiones que la protagonista muestra a lo largo de la serie. **Mientras que en los primeros capítulos se observan más compulsiones que las obsesiones que las detonan, en los últimos episodios asciende el número de obsesiones hasta, en el último capítulo, sextuplicarlas.** Esto se debe principalmente a las necesidades del propio formato de la serie, el cual, después de haber presentado claramente cuáles son las compulsiones que Marnie repite cada vez que tiene pensamientos intrusivos, dedica – en la segunda mitad de la temporada – más tiempo a mostrar sus obsesiones, dando por hecho que el espectador conoce los rituales mentales de la protagonista y apostando por obviarlos e invertir ese tiempo en representar las escenas que ella imagina y que, a efectos narrativos, ofrecen más información para la historia.

Aun así, **el total de obsesiones y compulsiones que se representan en cada capítulo se mantiene estable entre las 18 y las 20 apariciones**, siendo excepciones el primero, con el pico más alto (24), y el tercero, con el más bajo (13). Esta estabilidad se debe a la limitación temporal de la serie: al contar con solo seis capítulos, la evolución de la protagonista es leve, ya que la historia se sucede en un corto espacio de tiempo en el que, aunque Marnie da pasos adelante en el tratamiento de su

patología, no puede llegar a experimentar una clara evolución porque esta necesita más tiempo para desarrollarse. De esta manera, **se cumple la recomendación del CAC (2015) referente a darle a la historia el tiempo necesario al mostrar unos síntomas que se manifiestan en un periodo de tiempo prolongado** – porque sabemos que estos acompañan a la protagonista desde antes de que se suceda la historia que narra la serie –, **sin aparecer ni desaparecer de un día para otro y reflejándose como un proceso progresivo** en el que, en el caso de Marnie, se encuentra en los primeros pasos hacia la mejoría.

Y es que, de los cinco capítulos en los que la protagonista tiene conciencia sobre su patología – lo descubre en el segundo capítulo, gracias a la ayuda de Charlie, personaje secundario de gran importancia en la trama y descrito en el apartado 3.3.3. *Pure: ficha técnica, personajes y recepción* –, **en cuatro episodios Marnie aparece en vías de tratamiento**. Este tratamiento se da en dos casos de *psicoterapia* (1x04 y 1x06) y dos casos de los considerados *otros*, que son una visita al médico de cabecera (1x01) y una sesión en un grupo de apoyo de adictos al sexo y al porno (1x02).

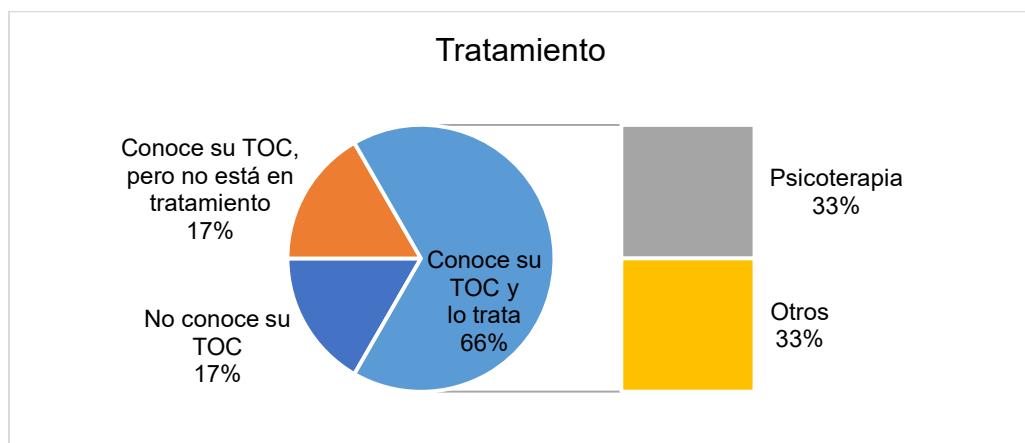


Gráfico 7

Fuente: Elaboración propia

Como se puede observar, Marnie no sabe que tiene un trastorno obsesivo-compulsivo en un 17% del total de la serie – porcentaje que representa el primer capítulo –, lo conoce pero no lo trata en otro 17% – es el caso del segundo capítulo – y lo conoce y lo trata en más de la mitad de la serie, con un 66% – referente a los cuatro capítulos

restantes –. Este tratamiento, tal como se ha comentado, se divide por partes iguales en *psicoterapia* y en *otros*, y este segundo grupo es de especial interés.

Los dos casos en los que Marnie acude a un tratamiento considerado *otro* se corresponden con sus dos primeras búsquedas de ayuda y, aunque la visita al médico de cabecera puede ser un buen inicio, la asistencia al grupo de apoyo refleja la dificultad que supone encontrar la ayuda correcta cuando no se conoce la patología ni los medios adecuados para tratarla, y cómo de habitual es dar pasos erróneos.

Es importante destacar este dato porque es uno de los que más claramente refleja **el cumplimiento de las recomendaciones del CAC (2015) en la serie, tanto la referente a la autenticidad de la representación del trastorno como, otra vez, la de darle a la historia el tiempo necesario para desarrollarse**. Y es que, al narrar el descubrimiento de Marnie de su trastorno obsesivo-compulsivo – no mostrando la primera aparición de los síntomas, sino relatando la búsqueda de un “nombre” y una explicación a aquello que le sucede – se inicia la representación de un proceso real que los individuos con problemas de salud mental deben afrontar, y se hace desde una perspectiva auténtica, dándole tiempo a la evolución progresiva del trastorno y de la protagonista y reflejando una sintomatología y unas opciones de tratamiento reales.

5.4. Interacción

Por último, como cuarta unidad de análisis encontramos la interacción. Esta hace referencia a la relación del personaje analizando con los demás participantes del capítulo y cómo estos se comportan ante su trastorno obsesivo-compulsivo y/o las si-

tuaciones derivadas de este tomando como referencia las dos últimas recomendaciones del CAC (2015), centradas en la muestra de la reacción de los otros personajes respecto a la persona afectada y el uso del humor.

En primer lugar, encontramos que **Marnie experimenta actitudes de rechazo en 5 de los 6 capítulos analizados**. En total, **son 14 las menciones a comportamientos negativos frente al trastorno obsesivo-compulsivo que se dan en toda la serie y**

proviene, por orden de aparición, de los siguientes 6 personajes: los asistentes al aniversario de los padres – tal como se indica en el *Manual para la ficha de análisis*, al tratarse de una situación concreta en la que una misma actitud es adoptada por varias personas a la vez, cuentan como una sola unidad –, los compañeros de trabajo – mismo caso –, Joe, Helen, Amber y la exjefa de Marnie en Ethel.

En cambio, **en el caso de las actitudes de aceptación, las encontramos en todos los capítulos**. En total, **se hacen 16 menciones a comportamientos positivos frente al TOC de la protagonista y provienen, otra vez, de 7 personajes**, que son: Helen, la médica de cabecera, Charlie, los asistentes al grupo de apoyo de adictos al sexo y al porno, Joe, Shereen y la psicóloga de Marnie.

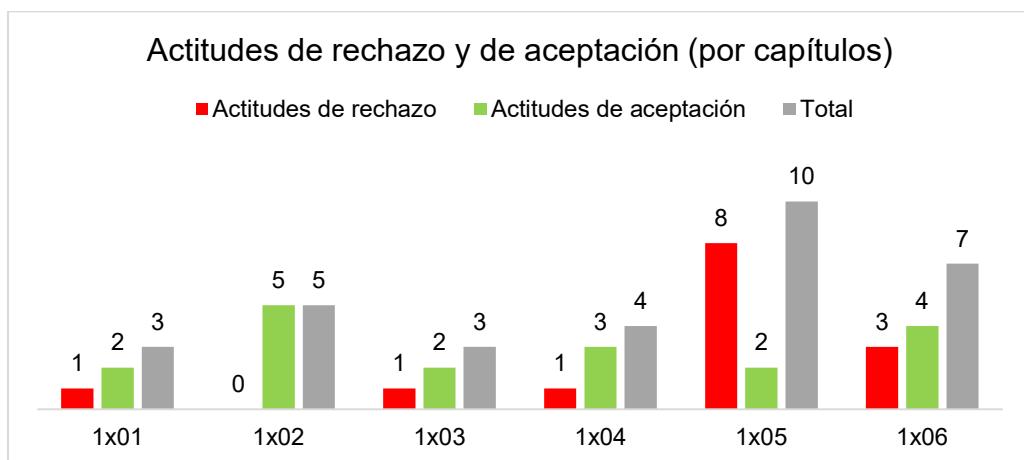


Gráfico 8

Fuente: Elaboración propia

Si se suman los dos tipos de reacciones expresadas por los demás personajes frente al trastorno obsesivo-compulsivo de Marnie **encontramos un total de 32 actitudes positivas y negativas analizadas, las cuales se dan de forma más habitual en los últimos capítulos de la temporada**. Esto se debe a que, por una parte, hasta el segundo capítulo Marnie no conoce su patología, y, por otra, a que, a medida que avanza la serie, la protagonista gana la suficiente confianza con los personajes secundarios como para explicarles su diagnóstico. Es por ese motivo que encontramos más reacciones por parte de estos en los episodios finales, cuando ya conocen la situación de Marnie.

Así, y después de conocer los datos generales sobre las actitudes adoptadas por los personajes secundarios frente a situaciones relacionadas con el trastorno obsesivo-compulsivo de la protagonista, es necesario concretar qué tipos de comportamientos tanto positivos como negativos son los más recurrentes en la serie.

Empezando por las diferentes tipologías de *actitudes de rechazo* – definidas a partir de la lista de microdiscriminaciones elaborada en el marco teórico que posteriormente se aplicó a la tabla de análisis –, **encontramos la *sintomatización* como la más habitual, alcanzando el 29% del total de apariciones de comportamientos negativos** (4 apariciones). A continuación, se sitúa la *condescendencia*, con un 22% (3 apariciones), seguida de la *minimización*, la *incompetencia* y la *vergüenza*, las tres con un 14% (2 apariciones cada una). Por último, encontramos la *peligrosidad e imprevisibilidad*, con un 7% (1 aparición) y el *miedo al contagio* y la *menor inteligencia*, que no aparecen en ningún momento.

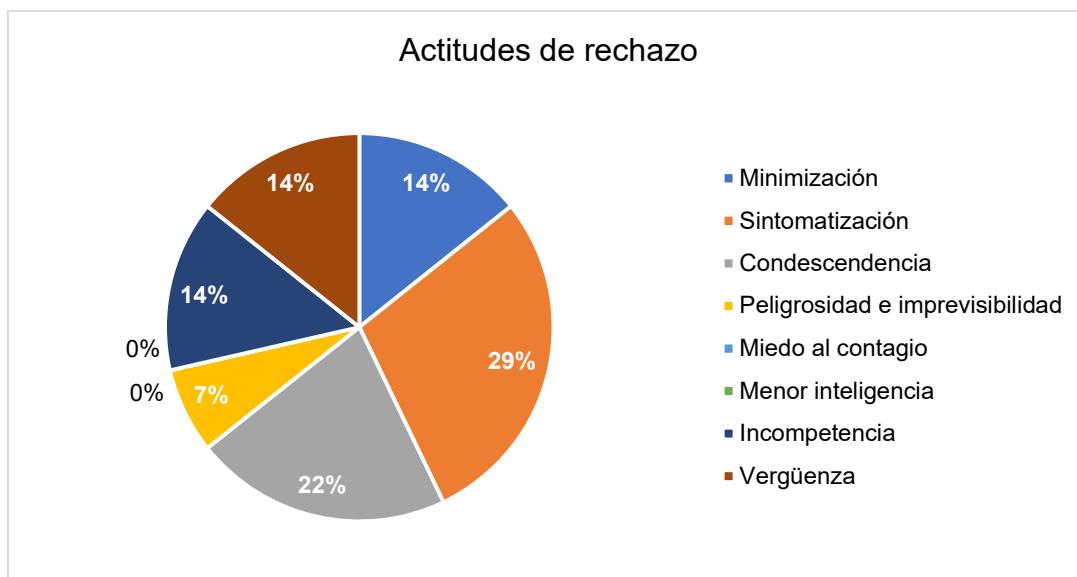


Gráfico 9

Fuente: Elaboración propia

En el caso de los tipos de *actitudes de aceptación* – también definidos en el marco teórico –, **encontramos el *respeto* como el más habitual, alcanzando el 28% del total de apariciones de comportamientos positivos** (5 apariciones). Después se sitúan el *cuidado* y la *empatía*, los dos con un 22% (4 apariciones cada una) y seguidos

de la *cooperación*, con un 11% (2 apariciones). Por último, encontramos la *generosidad*, el *compromiso* y la *paciencia*, los tres con aproximadamente un 6% (1 caso cada una) y la *confianza*, de la cual no encontramos ninguna aparición.

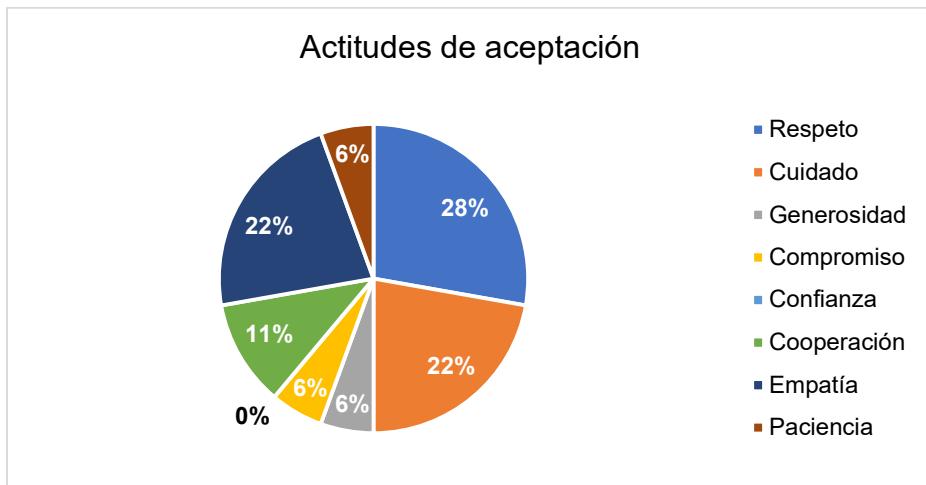


Gráfico 10

Fuente: Elaboración propia

Por lo tanto y según los datos y los gráficos comentados en esta primera parte del apartado, podemos concluir que **Pure cumple con la primera mitad de la recomendación del CAC (2015) referente a mostrar cómo los demás personajes reaccionan ante la patología de Marnie**. Con una diferencia de 2 apariciones, **las actitudes de aceptación (16) se sitúan por encima de las actitudes de rechazo (14)** y en ambos casos encontramos un amplio abanico de tipos de comportamiento que se ven representados, en más o menos ocasiones, a lo largo de la serie.

Además, es importante destacar que **los comportamientos positivos se encuentran muy ligados con los casos en los que la protagonista muestra actitudes de las consideradas “estereotipadas”, especialmente cuando se trata de ansiedad evidente**. Este rasgo – que, tal como se ha comentado anteriormente, forma parte de la propia patología – es generalmente respondido por los personajes secundarios de forma positiva, siendo la mayoría de los casos de *cuidado* y *empatía* reacciones positivas a momentos en los que Marnie externaliza su ansiedad.

Pero la recomendación del CAC (2015) no solo hace referencia a los comportamientos de los personajes secundarios, sino que también pone en relieve la importancia de

mostrar el impacto positivo o negativo que estos tienen en el personaje afectado.

En el caso de las *actitudes de rechazo*, podemos observar que en el 38% de las ocasiones estas generan en Marnie un impacto grave (5 casos), aunque también encontramos un 31% de reacciones *muy graves* y *leves* (ambas con 4 casos). En cambio, no encontramos ninguna actitud *indiferente* frente a un comportamiento negativo.

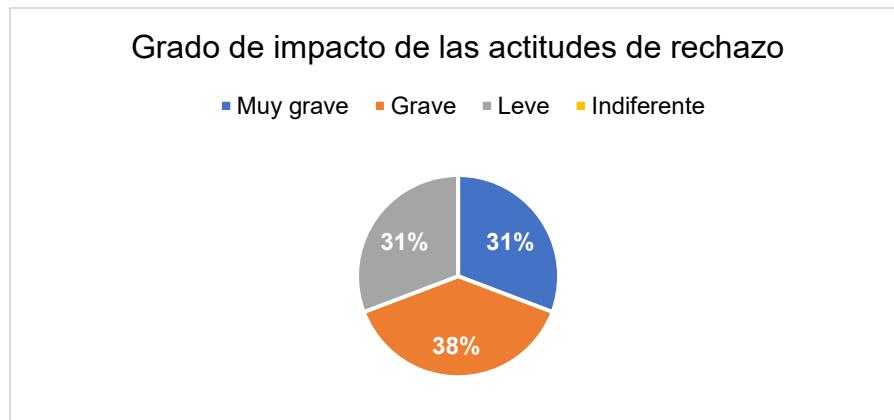


Gráfico 11

Fuente: Elaboración propia

En el caso de las *actitudes de aceptación*, estas generan en un 56% de las ocasiones un impacto positivo en Marnie (10 casos). También encontramos un 22% de *muy positivo* (4 casos) y algunos casos de indiferencia, con un 17% de aparición (3 casos). Por último, observamos un único impacto *leve*, representando el 5% restante.

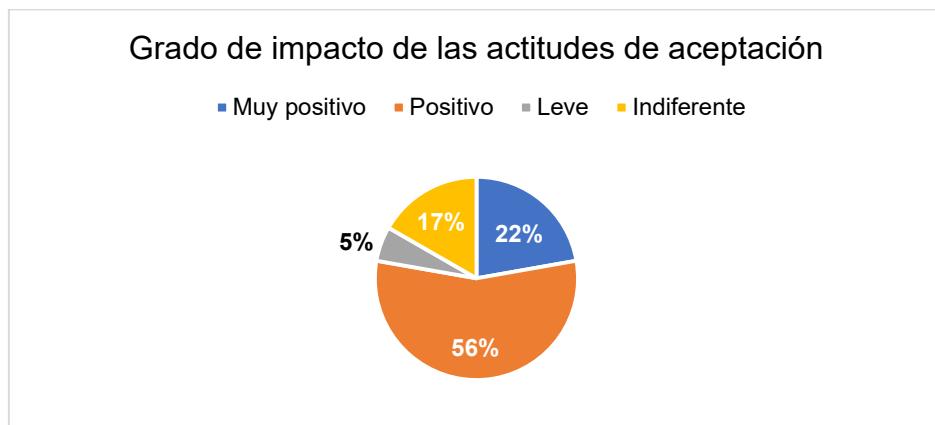


Gráfico 12

Fuente: Elaboración propia

Si comparamos los datos de impacto de unos y otros comportamientos, descubrimos que, **en el caso de las actitudes de rechazo, estas siempre generan una reacción en la protagonista, a diferencia de las actitudes de aceptación, ante las que, en un 17% de las ocasiones, muestra indiferencia**. Esto demuestra que las reacciones negativas por parte de los demás personajes frente al trastorno obsesivo-compulsivo y/o situaciones derivadas de este tienen un impacto más significativo en Marnie del que tienen las positivas **y, de esta manera, la serie cumple con la segunda parte de la recomendación del CAC mencionada anteriormente** – reflejándose no solo los comportamientos de los demás personajes, sino cómo estos son asimilados por la persona afectada –, **aprovechando, además, para poner en relieve la estigmatización que rodea a los problemas de salud mental y como el rechazo que esta genera “agrava el sufrimiento tanto como los síntomas del trastorno o incluso más que estos síntomas” (CAC, 2015)**.

Como último aspecto estudiado dentro de la unidad de análisis dedicada a la *interacción* encontramos el humor y su uso cuando este hace referencia al trastorno obsesivo-compulsivo y/o a situaciones derivadas de la patología. Siguiendo la clasificación de los tres tipos de humor desarrollada en el marco teórico – en el punto 3.2.2. *Contra la estigmatización en los medios* –, **encontramos la autocritica como el caso más habitual, alcanzando el 66,67% del total de apariciones del discurso de la burla (16 casos)**. En igualdad de apariciones se sitúan el *humor positivo* y el *humor negativo*, ambos con un 16,67% de los casos (4 cada uno).



Gráfico 13

Fuente: Elaboración propia

Es importante destacar que, **a pesar de tratarse de una comedia, Pure no abusa del discurso de la burla en torno a la patología de la protagonista, sino que el humor que la caracteriza tiene más a ver con aquello que a Marnie le sucede con sus primeras amistades en Londres que con su trastorno obsesivo-compulsivo.** En total se identifican 26 casos de humor relacionado con el TOC, con una media de 4,33 apariciones por capítulo y siendo el 1x04 el pico más alto (10 apariciones) y el 1x03 el más bajo (1 única aparición).

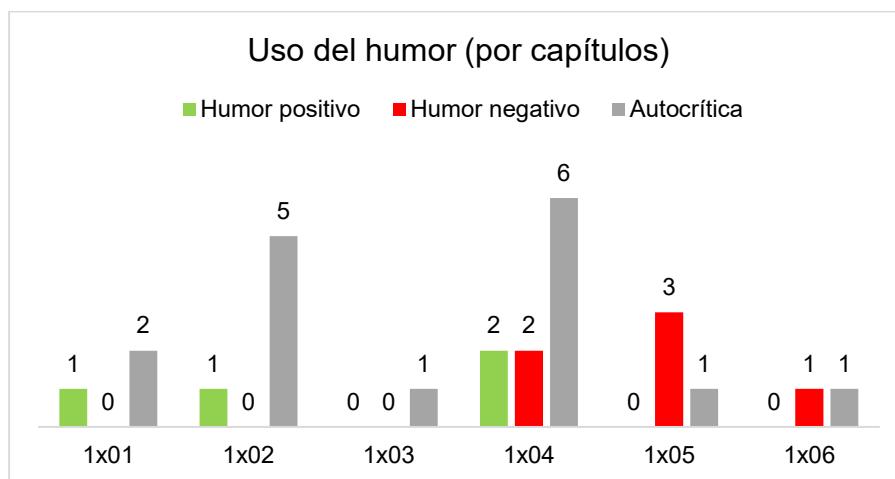


Gráfico 14

Fuente: Elaboración propia

Como se puede observar, **la autocritica mantiene su aparición en todos los episodios, pero el humor positivo es más habitual en los primeros que en los últimos, donde encontramos más casos de humor negativo.** Esto se debe en gran parte al conocimiento que los personajes secundarios tienen sobre la patología de Marnie, la cual – tal como se comentó al principio del apartado, al tratar las actitudes de aceptación y rechazo – no explica su situación y diagnóstico hasta que no crea la suficiente confianza con ellos.

Así, **la evolución de humor positivo a negativo guarda una gran relación con el hecho de que los personajes sepan o no que Marnie tiene un TOC de pensamientos no deseados relacionados con el sexo.** Mientras que en los primeros capítulos se usa el discurso de la burla de forma sana, aliviando las situaciones derivadas de las obsesiones y compulsiones de la protagonista, en los

últimos capítulos se le da la vuelta a dicho discurso y se usa desde una perspectiva estigmatizada, basándose en prejuicios derivados de la ignorancia sobre la sintomatología de la patología.

El ejemplo más claro de humor “manchado” de prejuicios viene de la mano de Helen – personaje descrito en el marco teórico, en el punto 3.3.3. *Pure: ficha técnica, personajes y recepción* –, la cual, desde que Marnie le explica que tiene un trastorno obsesivo-compulsivo, “bromea” con que “no es una persona muy sexual” (“she’s just not a very sexual person”) y cree que en todo momento la protagonista está teniendo pensamientos intrusivos relacionados con las personas que le rodean – claro ejemplo de *sintomatización*, la microdiscriminación más común en la serie –.

Esta conclusión se puede identificar, también, en el Gráfico 8 referente a las actitudes de rechazo y aceptación por capítulos tratado anteriormente, en el cual se ve reflejada la misma situación: cuanto más se acerca el final de la serie, más casos de *actitudes de rechazo* se producen, siendo estas un resultado directo del conocimiento de la patología por parte de los personajes secundarios y sus prejuicios ante el TOC de Marnie.

En último lugar, sobre el impacto que los tres tipos de humor generan en la protagonista, encontramos que, **cuando se trata de humor positivo, la reacción de Marnie es en un 50% de las ocasiones la risa (2 casos) o la sonrisa (2 casos)**, mientras que **en el caso del humor negativo, la reacción más habitual es la incomodidad, con un 50% de las apariciones (2 casos)**

y la excepción de alguna ocasión de *indiferencia* (1 caso) o *disgusto* (1 caso), representando cada uno un 25% restante. **En la autocritica, Marnie refleja en un 43,75% de los casos indiferencia ante sus propias bromas (7 casos)**, pero también encontramos ocasiones en las que le sacan una sonrisa (5) y otros en los que le provocan *incomodidad* (4).

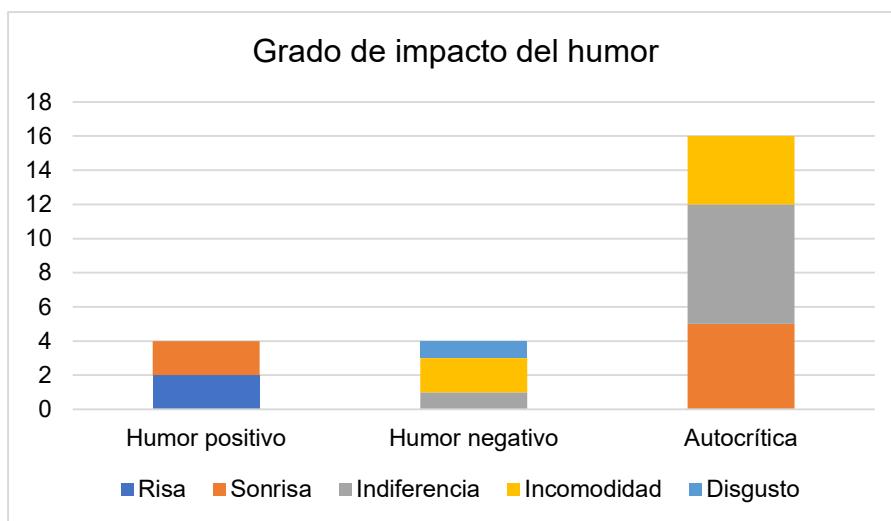


Gráfico 15

Fuente: Elaboración propia

Como se puede observar en el Gráfico 15, **las reacciones a cada tipo de humor tienen mucho que ver con la naturaleza de este**: cuando es *humor positivo*, Marnie reacciona positivamente a él a través de las dos actitudes positivas que se encuentran en la lista (la *risa* y la *sonrisa*); cuando se trata de *humor negativo*, este le genera emociones negativas (*incomodidad* y *disgusto*) o neutrales (*indiferencia*); y, en el caso de la *autocrítica*, las reacciones se mantienen en una zona “intermedia”, encontrando casos tanto de actitudes positivas (*sonrisa*), como de neutrales (*indiferencia*) y negativas (*incomodidad*). Es de especial interés este último caso, ya que **la autocrítica, además de ser el tipo de humor más habitual, acostumbra a darse en forma de voz en off**.

Y es que una de las principales características del formato de *Pure* son los monólogos interiores de la protagonista. Con el propósito de dar a conocer en profundidad el personaje de Marnie, la serie utiliza este recurso – probablemente inspirado en la novela de Rose Cartwright – tanto para reflejar la sintomatología de su trastorno obsesivo-compulsivo, pudiendo “escuchar” como esta repite el ritual mental “no soy yo, es mi TOC”, como para que el espectador pueda saber en todo momento cómo se siente la protagonista ofreciéndole un espacio donde expresarse libremente.

Es en este contexto de voz en *off* donde se da principalmente la *autocrítica*, la cual no acostumbra a expresar ante los demás personajes y es por ese mismo motivo que le

genera como impacto más habitual la *indiferencia*, ya que, **cuando la autocritica forma parte del monólogo interior, la protagonista no externaliza ninguna emoción física al respecto, a diferencia de cuando el humor sí se verbaliza.**

Por último, es importante destacar que la *autocrítica siempre se usa como recurso positivo para paliar con la patología y las situaciones derivadas de esta*, nunca desde la perspectiva negativa o autodestructiva que, tal como se indica en el punto 3.2.2. *Contra la estigmatización en los medios* del marco teórico, puede acabar resultando un agravante en vez de un “alivio”.

De esta manera, se puede afirmar que sí, **la serie cumple con la recomendación del CAC (2015) referente al uso del humor, pero con algunos matices**. Si es cierto que, como se ha mencionado anteriormente, la comicidad de la serie reside más en aquello que le sucede a Marnie fuera de su TOC que en situaciones derivadas de este – perspectiva que cumple con el consejo –, cuando el discurso de la burla hace referencia a la patología encontramos casos puntuales del humor de ridiculización

y estereotipos que debe evitarse.

Por lo tanto, podemos concluir que, en términos generales, en *Pure* se procura usar el discurso de la burla como un recurso para “quitarle hierro al asunto” – en los 16 casos de *autocrítica* y los 4 de *humor positivo* – **pero deberían revisarse las 4 apariciones de humor negativo para que, de cara a siguientes temporadas, no se repitan estas ocasiones que pueden significar una contribución a la estigmatización de los trastornos obsesivo-compulsivos.**

0
6

Conclusiones

**Respuesta a los objetivos y las
hipótesis y reflexión final.**

6. Conclusiones

A partir de los resultados interpretados en el apartado anterior y los conceptos trabajados en el marco teórico, se procederá a finalizar el estudio con una **breve reflexión sobre los objetivos y las hipótesis** planteadas en las primeras páginas del documento, las

cuales se discutirán conjuntamente por la gran relación que guardan. Además, se propondrán **algunas nuevas líneas de investigación posibles**, animando a su realización futura y concluyendo con una pequeña reflexión final.

6.1. Discusión de los objetivos y las hipótesis

H1 | Los personajes con un trastorno obsesivo-compulsivo se representan de forma estereotipada.

Para responder a la primera hipótesis **se cumplieron los dos primeros objetivos específicos** planteados en el inicio de la investigación:

1. Identificar y analizar los rasgos que definen la representación del trastorno obsesivo-compulsivo en la serie.
2. Comparar dichos rasgos con los estereotipos asociados tradicionalmente al trastorno obsesivo-compulsivo.

Por lo tanto, se ha estudiado la representación del TOC en *Pure* aplicando los criterios diagnósticos especificados en el marco teórico de la investigación – en el apartado 3.1. *Una aproximación al trastorno obsesivo-compulsivo* – para determinar si los rasgos que la definen forman parte de los estereotipos socialmente asignados a los individuos con la patología – explicados en el apartado 2. *Determinación del problema de investigación*. Además, para el análisis se han tenido en cuenta los conceptos relacionados con la estigmatización definidos en el apartado 3.2. *El estigma en el ámbito de la salud mental* y las representaciones anteriores del trastorno obsesivo-compulsivo recogidas en el apartado 3.3. *El TOC en las series de comedia del siglo XXI*.

A través de los datos interpretados en el apartado anterior, **la primera hipótesis se ve respuestada por los resultados de las unidades de análisis carácter y síntomas.**

En el caso de la unidad dedicada al *carácter*, en ella se responde la primera parte de los criterios establecidos en el apartado de determinación del problema de investigación para decretar si la representación es “estereotipada” o “no estereotipada”: que esta se caracterice por unos personajes “rígidos, fríos, controladores, con ansiedad evidente (González de Rivera, 1993), perfeccionistas y concienzudos (Millon, 2006)”. De acuerdo con los resultados obtenidos, la consideraremos “no estereotipada” porque, aunque Marnie muestra algunas de las actitudes “estereotipadas” puntualmente, estas no tienen la suficiente recurrencia como para ser consideradas parte de su

personalidad, tal como se explica en profundidad en el apartado anterior.

En el caso de la unidad dedicada a los *síntomas*, en ella se responde a la segunda parte de los criterios establecidos para decretar si la representación es “estereotipada” o “no estereotipada”: que se trate de una representación que sea “auténtica” y en la que se muestre sintomatología real, vías de tratamiento y servicios disponibles (CAC, 2015). Tal como indican los datos, la consideraremos “no estereotipada” porque la vivencia de Marnie destaca por su realismo, derivado de la investigación realizada a lo largo de su producción y su inspiración en la novela de Rose Cartwright *Pure*.

Por lo expuesto, **se refuta la H1, ya que la representación del único personaje con un trastorno obsesivo-compulsivo en la serie (Marnie) no cae en la estereotipación.**

H2 | El discurso de la burla sirve como reafirmación de la estigmatización del trastorno obsesivo-compulsivo.

Con la segunda hipótesis, **se cumplieron los dos últimos objetivos específicos** planteados en las primeras páginas del documento:

3. Estudiar el uso del humor cuando en su discurso se hace referencia al trastorno obsesivo-compulsivo o a situaciones derivadas de este.
4. Analizar la interacción entre los personajes e identificar actitudes de aceptación y/o rechazo hacia el individuo diagnosticado y su trastorno.

En este caso, se ha estudiado el discurso de la burla siguiendo la clasificación de los tres tipos de humor explicada en el apartado 3.2.2. *Contra la estigmatización en los medios* – tomando como referencia el humor de los contenidos descritos en el apartado 3.3. *El TOC en las series de comedia del siglo XXI* – y se han analizado las reacciones de los personajes secundarios frente al trastorno obsesivo-compulsivo de la protagonista recurriendo a los conceptos relacionados con la discriminación desarrollados en 3.2. *El estigma en el ámbito de la salud mental*.

Considerando los resultados obtenidos en el análisis de contenido, **la segunda hipótesis se responde a través de los datos recogidos en la unidad de análisis dedicada a la interacción.**

En primer lugar, los resultados de la categoría de análisis *humor* demuestran que en *Pure* el discurso de la burla se da principalmente en formato de autocritica con intención de “alivio”, no de forma autodestructiva. Aun así y tal como se desarrolla en profundidad en la interpretación de los resultados realizada en el apartado anterior, los cuatro casos de humor negativo deberían revisarse.

En segundo lugar, los datos de las categorías *actitudes de aceptación* y

actitudes de rechazo demuestran que la mayoría de reacciones ante el trastorno obsesivo-compulsivo de Marnie son positivas y, además, el hecho de que los comportamientos negativos generen un impacto más grave en la protagonista de lo que lo hacen las positivas contribuye, tal como se explica en la interpretación de los resultados, a poner en relieve la estigmatización que rodea a los problemas de salud mental y el impacto que tiene sobre aquellos que la sufren.

Por lo tanto, **se refuta la H2 al comprobarse que la serie no usa el discurso de la burla para reafirmar la estigmatización del TOC** y, aunque una revisión sobre las

apariciones del humor negativo sería recomendable, *Pure* representa un claro ejemplo de que se puede hacer comedia tratando adecuadamente la temática de la salud mental, aprovechando para exemplificar el peso y la recurrencia de las microdiscriminaciones en el día a día de las personas con un trastorno desde una perspectiva que anima a la reflexión y reflejando actitudes de aceptación que puedan ser aprendidas y adoptadas por los espectadores.

H3 | La representación del trastorno obsesivo-compulsivo *Pure* contribuye a la estigmatización de las enfermedades mentales.

Por último, para responder a la tercera hipótesis **se cumplió el objetivo principal de la investigación:** determinar si la representación del TOC en *Pure* contribuye a la estigmatización de las enfermedades mentales.

Para ello, se tuvo en cuenta todo el estudio contextual realizado en el marco teórico, ya que esta última hipótesis constituye el porqué de toda la investigación y, para responderla, se han tenido que poner en práctica todos los conceptos trabajados en las primeras páginas del documento, desde los criterios diagnósticos – para poder identificar los rasgos que definen

la representación del TOC en la serie – hasta la definición de teorías y conceptos relacionados con la estigmatización en los medios – en los cuales se basa todo el análisis –, y pasando por la bibliografía de series de comedia donde se trata el trastorno – para entender la situación contextual previa a *Pure* –.

Asimismo, **la totalidad de los resultados obtenidos en el análisis de contenido responden a la H3, la cual queda refutada.** Al haber creado las unidades de análisis en base al documento de recomendaciones del Consell de l'Audiovisual de Catalunya (2015) y haber aplicado todos los consejos que allí se exponen, los datos obtenidos individualmente en cada una de ellas sirven para concluir que, en su conjunto, *Pure* divulga una imagen normalizada del trastorno obsesivo-compulsivo a partir de un discurso alternativo que constituye un paso adelante en la lucha contra la estigmatización de la patología.

6.2. Propuestas para próximas investigaciones y reflexión final

Por último y antes de acabar con esta breve aportación personal, es importante destacar que esta investigación pretende ser un precedente que anime y contribuya a la realización de estudios futuros sobre la representación de la salud mental en los productos mediáticos. Algunas posibles líneas de investigación podrían ser:

En la línea de investigación de la representación del trastorno obsesivo-compulsivo en las series televisivas de comedia. En primer lugar, se podría continuar con el análisis de series donde aparezcan personajes diagnosticados con un TOC con el objetivo de determinar, como se ha hecho en este documento, si se tratan de representaciones estereotipadas que contribuyen a la estigmatización de la patología. Para ello, se podría tomar como referencia el listado elaborado en el apartado 3.3. *El TOC en las series de comedia del siglo XXI* para realizar un análisis individual de cada una de ellas y, posteriormente y si se dispone de los medios necesarios, completar la tarea con un estudio comparativo entre todas las series propuestas para poder determinar de forma general cómo es la representación del trastorno en las comedias televisivas.

En la línea de investigación de la representación del trastorno obsesivo-compulsivo en los medios. Además de las series, sería interesante realizar análisis sobre la representación del TOC en otros contenidos de ficción, tanto de televisión como de otros medios audiovisuales, para obtener una visión global sobre el tratamiento de la patología más allá de la comedia televisiva.

En la línea de investigación de la estigmatización de las enfermedades mentales. Otra perspectiva interesante es aquella en la que se estudie la evolución general de la representación de las enfermedades mentales en los medios de comunicación y su vinculación con el aumento de conocimiento de la sociedad sobre estas. Tal como se plantea en el apartado 3.2. *El estigma en el ámbito de la salud mental*, el hecho de tener más información no ha significado una disminución

del estigma – al contrario, lo ha agravado –, situación que se considera de gran interés para una posible investigación futura.

En la línea de investigación de nuevos análisis de *Pure*, más allá del contenido. Por último, también sería interesante hacer un segundo estudio sobre la representación del trastorno obsesivo-compulsivo en la serie, esta vez desde la perspectiva de su vinculación con el alcohol. A lo largo de la temporada, Marnie consume bebidas alcohólicas regularmente, ya que considera que le ayuda a lidiar con su patología. Un estudio sobre esta relación sería de gran interés, a pesar de que no se trataría de una investigación del ámbito de la comunicación.

Así, se espera que el presente documento inspire a la realización de nuevos estudios entorno a las temáticas propuestas y que, a su vez, estos nuevos estudios contribuyan a conseguir que las próximas representaciones de las enfermedades mentales en los productos mediáticos sean cada vez más auténticas y habituales.

Por ahora, se pretende acabar la investigación con un mensaje de esperanza. Como se ha podido comprobar, *Pure* es un claro ejemplo de que, sin dejar de ser una comedia, se puede tratar la salud mental desde el respeto y el conocimiento. La serie constituye un ejemplo de lo que se espera que sea una nueva tendencia en el tratamiento de esta temática en los contenidos de ficción y que, poco a poco, la afirmación “los individuos con enfermedades mentales son raramente representados en una luz positiva” (Pescosolido et al., 2008) acabe escribiéndose en pasado.

Para llegar a ese objetivo, se debe seguir luchando por erradicar la estigmatización alrededor de la salud mental a través de la revisión de contenidos, la redacción de manuales y decálogos y, sobre todo, el aprendizaje y la escucha activa. Y es que no solo se contribuye a la causa creando contenidos con un tratamiento adecuado de la temática o realizando investigaciones como la que aquí se ha desarrollado. “La ignorancia está menos alejada de la verdad que el prejuicio” dijo el filósofo y escritor Denis Diderot (Citado en Juárez, 2021), y simplemente con preguntar, escuchar y aprender sobre aquello que nos es desconocido desde la perspectiva del respeto y la tolerancia ya se está contribuyendo a que, poco a poco, caiga el manto de prejuicios que nubla la realidad que nos rodea.

0
7

Fuentes consultadas

**Obras y figuras citadas a lo largo
del trabajo.**

7. Fuentes consultadas

7.1. Referencias bibliográficas

ABC. (s. f.). *About American Housewife TV Show Series*.

<https://abc.com/shows/american-housewife/about-the-show>

Abramowitz, J. S. y Jacoby, R. J. (2015). Obsessive-Compulsive and Related Disorders: A Critical Review of the New Diagnostic Class. *Annual Review of Clinical Psychology*, 11(1), 165-186. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032813-153713>

Allport, G. W. (1954). *The Nature of Prejudice*. Cambridge, Estados Unidos: Perseus Books.

American Psychiatric Association. (2013). *DSM-5: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5.a ed.). Washington D.C., Estados Unidos de América: American Psychiatric Publishing.

Balasch, M., Caussa, A., Faucha, M., & Casado, J. (2016). *L'estigma i la discriminació en salut mental a Catalunya 2016*.

<https://obertament.org/images/Presentaci%C3%B3Acte/Estigma%20a%20Catalunya%202016.pdf>

Bofill, A. y Rebollo, M. (2010, octubre). *Casi tres de cada cien españoles sufren algún tipo de trastorno obsesivo compulsivo*. XIV Congreso Nacional de Psiquiatría. [https://fepsm.org/historico/barcelona2010/NdP%202a%20JORNADA%20CONGRESO%20NACIONAL%20PSIQUIATRIA%20\(20102010\).pdf](https://fepsm.org/historico/barcelona2010/NdP%202a%20JORNADA%20CONGRESO%20NACIONAL%20PSIQUIATRIA%20(20102010).pdf)

Calhoun, C. (1992). Culture, history and the problem of specificity in social theory. En *Postmodernism and Social Theory: the Debate Over General Theory* (pp. 244–289). Oxford, Reino Unido: Basil Blackwell.

Carbelo, B. y Jáuregui, E. (2006). Emociones positivas: humor positivo. *Papeles del Psicólogo*, 27(1), 18-30. ISSN: 0214-7823.

<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=77827104>

Consell de l'Audiovisual de Catalunya (CAC). (2015, septiembre). *Recomanacions*

sobre el tractament de la salut mental als mitjans audiovisuals.

<https://www.cac.cat/sites/default/files/2018-04/Ac.118-2015%20ANNEX%20Recomanacions%20salut%20mental.pdf>

Corbin, J. A. (2017). *Las 40 mejores virtudes que una persona puede poseer. Psicología y Mente.* <https://psicologiyamente.com/personalidad/mejores-virtudes-persona>

Corrigan, P., Markowitz, F. E., Watson, A., Rowan, D., & Kubiak, M. A. (2003). An Attribution Model of Public Discrimination Towards Persons with Mental Illness. *Journal of Health and Social Behavior*, 44(2), 162–179.

<https://doi.org/10.2307/1519806>

Derby, K. G. (2009). *Mr. Monk and the case of constructed identity: investigating culture in the televised portrayal of mental illness.* <http://csus-dspace.calstate.edu/handle/10211.9/679>

Diario de Mallorca. (2021, 9 abril). *La epidemia hace aumentar los casos de Trastornos Obsesivos Compulsivos (TOC).* <https://www.diariodemallorca.es/vida-y-estilo/salud/2021/04/09/epidemia-aumentar-casos-trastornos-obsesivos-46203247.html>

Dow, M. (2019, 6 febrero). *Diedrich Bader talks 'American Housewife'.* The Maine Edge. <https://www.themaineedge.com/buzz/diedrich-bader-talks-american-housewife>

Fandom. (s.f. -a). «*Glee» Profile: Emma Pillsbury.* https://glee.fandom.com/wiki/Emma_Pillsbury#S2

Fandom. (s.f. -b). *Kevin Casey | Scrubs Wiki.* https://scrubs.fandom.com/wiki/Kevin_Casey

Farré Martí, J. M., Mestre Bach, G., Tolosa Sola, I., y Cejas Pascual, B. (2018). *Psiquiatría y sexualidad* (1.a ed.). Madrid, España: Síntesis.

FilmAffinity. (s.f. -a). *Monk (Serie de TV)* (2002). <https://www.filmaffinity.com/es/film513741.html>

FilmAffinity. (s.f. -b). *Pure (Serie de TV)* (2019).

<https://www.filmaffinity.com/es/film509889.html>

García-Soriano, G., Belloch, A., & Morillo Prats, C. (2008). Sobre la heterogeneidad del trastorno obsesivo-compulsivo: una revisión. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 13(2), 65–84. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.13.num.2.2008.4051>

González de Rivera y Revuelta, J. L. (1993). Psicopatología y psicodinamia de los trastornos obsesivo-compulsivos. *Psiquis*, 14 (Supl. 4), 33–43.

http://www.psicoter.es/pdf/93_A123_09.pdf

Graham, C. N. (2002). *Obsessive-Compulsive Personality Disorder in Monica Geller-Bing From F.r.i.e.n.d.s.* <https://www.coursehero.com/file/58511286/Copy-of-Abnormal-Psychology-Written-Assignment/>

Hermann, E. (2016). *The Cultivation Effect of Social Network Site Use on Consumers' Brand Attitudes, Ethnic Diversity Perceptions and Attitudes*. Frankfurt, Alemania: Europa-Universität Viadrina. <https://d-nb.info/1117473112/34>

Hodgson, R.J. y Rachman, S. (1977). Obsessive-compulsive complaints. *Behaviour Research and Therapy*. 15, 389-395. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(77\)90042-0](https://doi.org/10.1016/0005-7967(77)90042-0)

Hoffner, C. A. y Cohen, E. L. (2015) Portrayal of Mental Illness on the TV Series Monk: Presumed Influence and Consequences of Exposure, *Health Communication*, 30(10), 1046-1054. <https://doi.org/10.1080/10410236.2014.917840>

Horton, D. y Wohl R. R. (1956) Mass Communication and Para-Social Interaction, *Psychiatry*, 19(3), 215-229. <https://doi.org/10.1080/00332747.1956.11023049>

IMDb. (2002, 12 julio). *Monk (TV Series 2002–2009)*.

<https://www.imdb.com/title/tt0312172/>

IMDb. (2012, 15 abril). *Girls (TV Series 2012–2017)*.

<https://www.imdb.com/title/tt1723816/>

IMDb. (2019, 30 enero). *Pure (TV Series 2019)*.

https://www.imdb.com/title/tt8147076/?ref_=nv_sr_srsq_2

Jeffery, M. (2020, 1 diciembre). *Pure will not be returning for a second series*, *Channel*

4 confirms. Radio Times. <https://www.radiotimes.com/tv/comedy/pure-series-2-cancelled/>

Juárez, C. (2021, 2 mayo). *Las 70 mejores frases de Denis Diderot*. Psicología y Mente. <https://psicologiaymente.com/reflexiones/frases-denis-diderot>

Krippendorff, K. (1990). *Metodología de análisis de contenido: teoría y práctica*. España: Paidós Comunicación. P 7

Mangan, L. (2019, 1 febrero). *Pure review – a masterly comedy about sex and mental health*. The Guardian. <https://www.theguardian.com/tv-and-radio/2019/jan/30/pure-o OCD-review-brave-brilliant-miracle-mental-health-sex>

Martin, S. (2017). Madness in the Media: Demystifying the Emergence of an OCD Trope in Television. *All Theses*. 2724, 1-33.

https://tigerprints.clemson.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=3731&context=all_theses

Millon, T. (2006). *Trastornos de la personalidad en la vida moderna* (2.a ed.). Barcelona, España: Masson.

Morgan, E. (2019, 21 enero). *Extreme sex OCD: Pure, the TV drama that's set to smash taboos*. The Guardian. <https://www.theguardian.com/tv-and-radio/2019/jan/21/extreme-sex OCD-pure-tv-drama-smash-taboos-channel-4>

Obertament. (2016, 6 junio). *¿Qué son las microdiscriminaciones?* <https://www.obertament.org/es/lucha-contra-el-estigma/historias-de-vida-en-1-persona/blogs/359-que-son-las-microdiscriminaciones>

Obertament. (s. f.). *Què fem*. <https://obertament.org/ca/que-es-obertament/que-fem>

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2019, 25 mayo). *CIE-11 - CIE-11 para estadísticas de mortalidad y morbilidad*.

<https://icd.who.int/browse11/l-m/es#/http://id.who.int/icd/entity/1582741816>

Pescosolido, B. A., Martin, J. K., Lang, A., & Olafsdottir, S. (2008). Rethinking theoretical approaches to stigma: a Framework Integrating Normative Influences on Stigma (FINIS). *Social science & medicine* (1982), 67(3), 431–440.

<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.03.018>

Pirkis, J., Blood, R. W., Francis, C., y McCallum, K. (2006). On-screen portrayals of mental illness: extent, nature, and impacts. *Journal of health communication*, 11(5), 523–541. <https://doi.org/10.1080/10810730600755889>

Ricoy Lorenzo, C. (2006). Contribución sobre los paradigmas de investigación. *Revista do Centro de Educação*, 31(1), 11-22. ISSN: 0101-9031.

<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=117117257002>

Rodríguez-Acevedo, A., Toro-Alfonso, J. y Martínez-Taboas, A. (2009). El Trastorno Obsesivo-Compulsivo: Escuchando las voces ocultas. *Revista Puertorriqueña de Psicología*, 20, 7-32. ISSN: 1946-2026.

<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=233216361001>

Rotten Tomatoes. (s. f.). *Pure: Season 1*.

https://www.rottentomatoes.com/tv/pure_2020/s01

Sanavio, E. (1988). Obsessions and compulsions: The Padua inventory. *Behaviour Research and Therapy*, 26, 169–177. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(88\)90116-7](https://doi.org/10.1016/0005-7967(88)90116-7)

Schiappa, E., Gregg, P. B., y Hewes, D. E. (2005). The Parasocial Contact Hypothesis. *Communication Monographs*, 72(1), 92–115.

<https://doi.org/10.1080/0363775052000342544>

Smith, S. L., Choueiti, M., Choi, A., Pieper, K., y Moutier, C. (2019, mayo). *Mental Health Conditions in Film & TV: Portrayals that Dehumanize and Trivialize Characters*. https://assets.uscannenberg.org/docs/aii-study-mental-health-media_052019.pdf

Stake, R. (2005). *Investigación con estudio de casos*. Madrid, España: Morata.

Time To Change. (2014, noviembre). *Making a drama out of a crisis*. http://www.time-to-change.org.uk/sites/default/files/Making_a_drama_out_of_a_crisis.pdf

Van Noppen, B. (2010). *Obsessive Compulsive Personality Disorder (OCPD)*. International OCD Foundation (IOCDF).

<https://iocdf.org/wp-content/uploads/2014/10/OCPD-Fact-Sheet.pdf>

Watkins, G. (2014, 4 febrero). *A Psychiatrist Analyzes the Girls*. Vulture.

<https://www.vulture.com/2014/02/psychiatrist-analyzes-girls.html>

Wikipedia contributors. (s. f.). *Pure (British TV series)*.

[https://en.wikipedia.org/wiki/Pure_\(British_TV_series\)](https://en.wikipedia.org/wiki/Pure_(British_TV_series))

7.2. Figuras

Figura 1: Cartel de *Pure*. [Cartel de *Pure* (en español)]. (2020b, abril 9). El Cine en la Sombra. <https://www.elcineenlasombra.com/pure-serie/>

Figura 2: Cartel de *Monk*. Elaboración propia a partir de: [Cartel de *Monk*]. (s. f.). Movistar Play. <https://www.movistarplay.co/details/serie/monk-4995423>

Figura 3: Cartel alternativo de *Pure*. Elaboración propia a partir de: [Cartel alternativo de *Pure*]. (2020a, abril 3). Cinemagavia. <https://cinemagavia.es/pure-serie-critica-filmin/>

Figura 4: Marnie. Elaboración propia a partir de: Dazed. (2019, 1 febrero). [Retrato de Charly Clive]. Twitter. <https://twitter.com/Dazed/status/1091252312029290498>

Figura 5: Charlie. Elaboración propia a partir de: Spring, S. (2018). [Montaje de tres imágenes (por orden: Joe, Marnie y Charlie)]. Cinemagavia. <https://cinemagavia.es/pure-serie-critica-filmin/>

Figura 6: Shereen. Elaboración propia a partir de: [Retrato de Kiran Sonia Sawar]. (2019a, 15 enero). Channel 4. <https://www.channel4.com/press/news/pure-interview-kiran-sonia-sawar-shereen>

Figura 7: Amber. Elaboración propia a partir de: [Retrato de Niamh Algar]. (2019b, 30 enero). PopBuzz. <https://www.popbuzz.com/tv-film/features/channel-4-pure-cast/amber-niamh-algar/>

Figura 8: Joe. Elaboración propia a partir de: Spring, S. (2018). [Montaje de tres imágenes (por orden: Joe, Marnie y Charlie)]. Cinemagavia. <https://cinemagavia.es/pure-serie-critica-filmin/>

Figura 9: Helen. Elaboración propia a partir de: [Helen abraza a Marnie]. (2020c, 6 abril). Magazinema. <https://www.magazinema.es/pure-la-dificil-batalla-de-marnie/>

0
8

Anexos

Manual para la ficha de análisis, fichas codificadas y tabla de minutado.

8.1. Manual para la ficha de análisis

MANUAL PARA LA FICHA DE ANÁLISIS

Documento de soporte para la realización
del análisis de contenido

Índice

1. Introducción y objetivos.....	3
2. Tabla de análisis de contenido.....	4
3. Tabla de minutado	16

1. Introducción y objetivos

Con este documento se pretende profundizar sobre los conceptos que se estudiarán a través de la ficha de análisis de contenido con el objetivo de delimitar los aspectos que en ella se tratarán y hacer una breve introducción a cada pregunta para asegurar su correcto entendimiento. Así, el presente manual ayudará a conseguir unas respuestas concretas, fiables y objetivas.

Al tratarse de un estudio de caso, situaremos como **universo** de estudio la serie de comedia *Pure* (2019) y tomaremos como **muestra** la totalidad de sus capítulos (seis). Estos capítulos se analizarán individualmente a través de la **ficha de análisis de contenido** que se procederá a explicar en profundidad y que cuenta con los siguientes apartados: una **cabecera** donde se indicará el número de ficha, la fecha, la serie analizada (*Pure*), el personaje analizado (Marnie), el número de capítulo y la duración de este, y una **tabla** dividida en columnas, diferenciando unidad de análisis, categoría, pregunta, análisis (refiriéndose a la acción que se debe llevar a cabo para responderla) y respuesta. Además, se usará una **tabla de minutado** como herramienta de soporte para aquellas cuestiones en las que se precise contabilizar metraje de la serie.

Es necesario destacar que la elaboración de la ficha de análisis nace de la investigación desarrollada en el marco teórico del estudio y del apartado donde se explica su diseño metodológico, en el cual se definen en profundidad los conceptos que han ayudado a la delimitación de las cuestiones que en la tabla se tratan. De ese mismo apartado se extraen las definiciones que aquí se explicarán, así que se anima a la lectura previa de este para la contextualización de los datos que se recolectarán.

Por lo tanto y sin más preámbulo, se empezará la explicación. Se recomienda tener a mano la ficha de análisis de contenido, ya que puede ayudar a la comprensión de lo que a continuación se definirá.

2. Tabla de análisis de contenido

Unidad de análisis: Rol

En esta primera unidad se estudiará la función del personaje con TOC en el capítulo analizado, la cual se verá identificada por su **protagonismo, tiempo en pantalla y acción**.

Categoría: Protagonismo

Refiriéndose a la importancia que el personaje tiene en la trama del capítulo analizado.

Preguntas

- ***En el capítulo, ¿qué peso tiene el personaje en la acción que se desarrolla? Protagonista/Secundario***

En este caso, se pretende identificar si el personaje analizado tiene un rol protagonista o secundario.

Categoría: Tiempo en pantalla

Esta categoría hace referencia a aspectos relacionados con la duración de la aparición del personaje a lo largo del capítulo, y para ello se vale de la *tabla de minutado*.

Preguntas

- ***¿Cuánto tiempo aparece el personaje en pantalla de forma activa?***

A través de la *tabla de minutado*, se pretende contabilizar de forma aproximada cuántos minutos aparece el personaje activamente (es decir, participando en la acción que se desarrolla y no solo como un extra).

- ***De ese tiempo, ¿cuánto se ocupa en mostrar su TOC?***

De los minutos en los que el personaje aparece en pantalla de forma activa, se contabilizará el total en el que el personaje muestra sintomatología de su trastorno obsesivo-compulsivo o se suceden

situaciones relacionadas con este (tratamiento, conversaciones sobre la patología, etc.), usando la *tabla de minutado*.

- **¿Cuánto se ocupa en mostrarlo en otros roles de su vida?**

Al contrario que en el caso anterior, mediante la *tabla de minutado* se contabilizarán los minutos que se invierten en mostrar al personaje en situaciones que no se relacionen con su trastorno.

Categoría: Acción

Esta última categoría se refiere a la actividad del personaje en el capítulo.

Preguntas

- **¿En qué contexto/s vemos actuar al personaje en el capítulo?**

En este caso, se pretende identificar qué entornos de la vida del personaje se muestran:

- **Profesional**, entendido como su entorno de trabajo.
- **Personal**, entendido como su intimidad (tiempo en solitario).
- **Social**, entendido como su círculo de amistades.
- **Amoroso**, entendido como sus intereses amorosos y sexuales.
- **Familiar**, entendido como su entorno parental.

Unidad de análisis: Carácter

En la segunda unidad de análisis se estudiarán los rasgos de **personalidad** que caracterizan al personaje analizado.

Categoría: Personalidad

Refiriéndose al temperamento que el personaje muestra en el capítulo.

Preguntas

- **En el tránsito del capítulo, ¿el personaje muestra actitudes de las consideradas “estereotipadas”? Sí/No**

En esta primera pregunta, se pretende identificar en el personaje

comportamientos de los socialmente asignados a las personas diagnosticadas con un TOC.

- ***En caso afirmativo, ¿cuáles y cuántas veces?***

De acuerdo con la pregunta anterior, se contabilizará el número de apariciones de las siguientes actitudes consideradas “estereotipadas”:

- **Rigidez**, entendida como una actitud firme que no tolera los cambios o no se adapta a ellos.
- **Frialdad**, entendida como una personalidad distante tanto física como emocionalmente.
- **Control**, entendido como la necesidad de llevar las riendas de lo que ocurre en todo momento.
- **Ansiedad evidente**, entendida como sinónimo de la *ansiedad rasgo* y haciendo referencia al estrés general característico de aquellas personalidades que acostumbran a mostrar preocupación y ansiedad de forma habitual.
- **Perfeccionismo**, entendido como la necesidad de alcanzar la perfección en lo que se hace.
- **Actuar concienzudamente**, entendido como el comportamiento inherente en aquellas personalidades que hacen las cosas con esmero y detenimiento.

Unidad de análisis: Síntomas

En esta unidad se estudiarán en profundidad los síntomas de trastorno obsesivo-compulsivo mostrados por el personaje analizado, identificando sus **compulsiones** y **obsesiones**, su **tipología** y su **tratamiento**.

Categoría: Compulsiones

Esta categoría hace referencia a los “comportamientos o actos mentales repetitivos que el sujeto realiza como respuesta a una obsesión o de acuerdo con reglas que ha de aplicar de manera rígida”.

Preguntas

- ***En el trascurso del capítulo, ¿el personaje experimenta compulsiones? Sí/No***

En este caso, se pretende identificar si el personaje analizado muestra compulsiones.

- ***En caso afirmativo, ¿cuántas veces muestra compulsiones relacionadas con las siguientes temáticas?***

Se contabilizará el número de compulsiones que se aprecien en el capítulo teniendo en cuenta que, a pesar de que estas se vinculen a las obsesiones, puede ser que el número de obsesiones y compulsiones visibles no coincida¹. Se clasificarán las compulsiones en las siguientes temáticas:

- **Descontaminación/Limpieza**, entendidas como aquellas relacionadas con procesos de limpieza.
- **Ordenar/Arreglar**, entendidas como aquellas dedicadas a recolocar o disponer elementos según unas normas autoimpuestas.
- **Comprobación/Verificación**, entendidas como aquellas vinculadas a la comprobación repetida de objetos como cerraduras o ventanas.
- **Repetición de actividades rutinarias**, entendidas como aquellas relacionadas con la repetición de actos habituales en el día a día como, por ejemplo, sentarse y levantarse repetidamente o dar un paso adelante y dos atrás.
- **Rituales mentales**, entendidas como aquellas en las que se busca reemplazar un pensamiento por otro mediante mecanismos como, por ejemplo, la repetición de una palabra, una frase o una secuencia de números.

¹ *Nota aclaratoria:* Con esta afirmación se pretende abordar una situación hipotética en la que en una escena se muestre la compulsión, pero no la obsesión que la desencadena, o viceversa. Este caso se podría dar fácilmente y es por ese motivo que existe la posibilidad de que, a la hora de contabilizar sus apariciones, el número total de obsesiones y compulsiones sea diferente.

Categoría: Obsesiones

Refiriéndose a “imágenes, impulsos o pensamientos recurrentes y persistentes experimentados como intrusos o no deseados y que causan en el sujeto ansiedad o malestar”.

Preguntas

- **¿A qué obsesiones comunes responden dichas compulsiones?**

De acuerdo con lo expuesto en la pregunta anterior, se contabilizará la aparición de obsesiones a lo largo del capítulo. Aunque la obsesión se represente con imágenes diferentes, se contará como una única unidad si estas aparecen consecutivamente y se relacionan con la misma temática², que puede ser:

- **Contaminación**, entendida como el miedo a los gérmenes y a ser contaminados.
- **Preocupación por enfermedades**, entendida como la excesiva preocupación por sufrir alguna enfermedad.
- **Verificación**, entendida como la comprobación repetida de actos rutinarios.
- **Acumulación**, entendida como la dificultad para deshacerse de objetos aparentemente poco valiosos.
- **Simetría y orden**, entendida como la necesidad de que cada cosa esté “en su sitio” según unas reglas autoimpuestas.
- **Sexo y moralidad**, entendida como aquellos pensamientos intrusivos relacionados con los genitales o el hecho de mantener relaciones sexuales.
- **Violencia y agresividad**, entendida como el miedo a infligir daño a otras personas.

² *Nota aclaratoria:* Esta situación se puede dar en una escena en la que la protagonista tenga pensamientos no deseados que se muestren explícitamente en el capítulo. Aunque las imágenes intrusivas de dicha obsesión puedan ser más de una e implicar a personajes o acciones diferentes, si estas se suceden consecutivamente y nacen de un mismo pensamiento, se contarán como una única aparición de la obsesión.

- **Religión**, entendida como la aparición de pensamientos intrusivos considerados “pecado” o la duda sobre la devoción religiosa.

Categoría: Tipología

Esta categoría se refiere al tipo de trastorno obsesivo-compulsivo diagnosticado en el personaje analizado.

Preguntas

- **Según sus obsesiones y compulsiones, ¿con qué tipo/s de TOC se identifica el personaje?** En este caso y a través de las respuestas a las dos preguntas anteriores, se pretende identificar qué tipo de TOC se observa en el personaje, que puede ser:
 - **TOC de limpieza**, si se observan obsesiones relacionadas con la contaminación y la preocupación de enfermedades. De la lista de obsesiones de la pregunta anterior, forman parte del TOC de limpieza aquellas marcadas en la tabla con las casillas naranjas (“contaminación” y “preocupación enfermedades”), aunque también podrían ser las blancas (“acumulación” y “simetría y orden”).
 - **TOC de comprobación**, si se observan obsesiones sobre verificación. De la lista de obsesiones, forma parte del TOC de comprobación aquella marcada en la tabla con la casilla azul (“verificación”).
 - **TOC de pensamientos no deseados**, si se observan obsesiones vinculadas al sexo y la moralidad, la violencia y la agresividad, y la religión. De la lista de obsesiones, forman parte del TOC de pensamientos no deseados aquellas marcadas en la tabla con las casillas amarillas (“sexo y moralidad”, “violencia y agresividad” y “religión”).

Categoría: Tratamiento

Refiriéndose a las vías de tratamiento que se muestran en el capítulo.

Preguntas

- ***¿El personaje sabe que tiene un TOC? Sí/No***
Se identificará si el personaje es consciente de su patología.
- ***¿Se le muestra en tratamiento? Sí/No***
Tanto si es consciente de su patología como si no, se identificará si el personaje está en tratamiento³.
- ***En caso afirmativo, ¿qué tipo/s de tratamiento se muestra?***
En este caso, se identificará la tipología de tratamiento que se muestra en el capítulo, que puede ser:
 - **Psicoterapia**, entendida como el tratamiento basado en la conversación con un profesional.
 - **Farmacológico**, entendido como el tratamiento que implica toma de medicamentos.
 - **Otros (especificar)**, entendido como aquel tratamiento no contemplado que se considere importante para el análisis. Un ejemplo puede ser la asistencia del personaje a grupos de apoyo o el simple hecho de hablar con personas cercanas.
- ***Sea consciente o no de su TOC, ¿reconoce los pensamientos no deseados y sabe que estos no son ciertos? Sí/A veces/No***
Por último, se identificará el grado de introspección del personaje según la conciencia que este tiene sobre sus obsesiones y compulsiones.

Unidad de análisis: Interacción

En la última unidad de análisis se estudiará la interacción del personaje con TOC con

³ *Nota aclaratoria:* Aunque pueda parecer contradictorio, es posible que el personaje no haya sido diagnosticado con un trastorno obsesivo-compulsivo y que, aun así, ya esté en tratamiento. La búsqueda de ayuda profesional o la externalización verbal de su patología ya es un primer paso hacia el tratamiento de su TOC, sobre todo si se tiene en cuenta que las primeras vías de tratamiento es posible que no sean las correctas como consecuencia de su falta de diagnóstico.

los demás personajes que aparecen en el capítulo, prestando atención a las actitudes de **rechazo**, **aceptación** y el uso del **humor** en situaciones relacionadas con dicha patología.

Categoría: Rechazo

Refiriéndose a las actitudes negativas que otros personajes adoptan frente al trastorno obsesivo-compulsivo del personaje analizado.

Preguntas

- ***¿El personaje experimenta actitudes de rechazo por parte de los demás personajes con relación a su TOC? Sí/No***

En esta primera pregunta se identificarán actitudes de rechazo hacia el personaje con la patología.

- ***En caso afirmativo, ¿por parte de cuántos personajes?***

De acuerdo con la primera pregunta, se indicará el número de personajes en los cuales se detectan dichas actitudes. Cada personaje contará como una unidad independiente, pero si se da el caso de que en una situación concreta una misma actitud es adoptada por varias personas a la vez, se contabilizará el colectivo como una sola unidad, sin tener que contar individualmente los miembros que lo forman.

- ***¿De qué tipo y cuántas veces?***

Se contabilizarán las apariciones de las actitudes de rechazo y se clasificarán según su tipología, que puede ser:

- **Minimización**, entendida como la devaluación del trastorno y su sintomatología.
- **Sintomatización**, entendida como la asociación de que todo lo que el sujeto hace o siente se trata de un síntoma de la patología.
- **Condescendencia**, entendida como el tratamiento excesivamente bueno y que llega a ser desagradable.

- **Peligrosidad e imprevisibilidad**, entendida como la creencia de que la persona es peligrosa e imprevisible.
- **Miedo al contagio**, entendido como la preocupación por ser identificados con la persona que sufre el trastorno y ser vistos como ella.
- **Menor inteligencia**, entendida como la creencia de que las personas con un trastorno son menos inteligentes.
- **Incompetencia**, entendida como la creencia de que el sujeto no puede llevar a cabo ciertos trabajos.
- **Vergüenza**, entendida como la creencia de que la patología y sus síntomas deben ocultarse.

- ***¿Qué grado de impacto tiene en el personaje?***

Por último, se contabilizará el grado de impacto que tienen en el personaje con TOC las actitudes de rechazo adoptadas por los demás personajes y como a este le afectan. Se clasificarán de la siguiente manera:

- **Muy grave**, entendido como un alto grado de impacto, afectando de forma negativa al personaje y provocándole una reacción tanto emocional como de conducta.
- **Grave**, entendido como un grado de impacto moderado, afectando de forma negativa al personaje e incluso provocándole alguna reacción moderada.
- **Leve**, entendido como un grado de impacto bajo, afectando levemente al ánimo del personaje.
- **Indiferente**, entendido como un bajo grado de impacto y no mostrando ningún tipo de reacción ni sentimiento al respecto.

Categoría: Aceptación

Refiriéndose a las actitudes positivas que otros personajes adoptan frente al trastorno obsesivo-compulsivo del personaje analizado.

Preguntas

- ***¿El personaje experimenta actitudes de aceptación por parte de los demás personajes con relación a su TOC? Sí/No***

En esta primera pregunta y al contrario que en la categoría anterior, se identificarán actitudes de aceptación hacia el personaje con la patología.

- ***En caso afirmativo, ¿por parte de cuántos personajes?***

De acuerdo con la primera pregunta, se indicará el número de personajes en los cuales se detectan dichas actitudes. Cada personaje contará como una unidad independiente, pero si se da el caso de que en una situación concreta una misma actitud es adoptada por varios personajes a la vez, se contabilizará el colectivo como una sola unidad, sin tener que contar individualmente los miembros que lo forman.

- ***¿De qué tipo y cuántas veces?***

Se contabilizarán las apariciones de las actitudes de aceptación y se clasificarán según su tipología, que puede ser:

- **Respeto**, entendida como una actitud respetuosa ante el personaje y su patología, sin juzgar.
- **Cuidado**, entendido como la preocupación por el bienestar de los demás.
- **Generosidad**, entendida como una actitud amable y dispuesta a compartir.
- **Compromiso**, entendido como la voluntad de implicarse.
- **Confianza**, entendida como la valoración y la seguridad en las capacidades del personaje con TOC.
- **Cooperación**, entendida como una actitud colaborativa y de trabajo en equipo.
- **Empatía**, entendida como la capacidad de entender a los demás y ponerse en su lugar.
- **Paciencia**, entendida como la voluntad de mantener la calma.

- **¿Qué grado de impacto tiene en el personaje? Muy positivo/Positivo/Leve/Indiferente**

Por último, se contabilizará el grado de impacto que tienen en el personaje con TOC las actitudes de aceptación adoptadas por los demás personajes y como a este le afectan. Se clasificarán de la siguiente manera:

- **Muy positivo**, entendido como un alto grado de impacto, afectando de forma positiva al personaje y provocándole una reacción tanto emocional como de conducta.
- **Positivo**, entendido como un grado de impacto moderado, afectando de forma positiva al personaje e incluso provocándole alguna reacción moderada.
- **Leve**, entendido como un grado de impacto bajo, afectando levemente al ánimo del personaje.
- **Indiferente**, entendido como un bajo grado de impacto y no mostrando ningún tipo de reacción ni sentimiento al respecto.

Categoría: Humor

La última categoría hace referencia al uso del humor y al discurso de la burla cuando este se enmarca en temas relacionados con el trastorno obsesivo-compulsivo, su sintomatología y otras situaciones derivadas de la patología.

Preguntas

- **Cuando se hace uso del humor para referirse al TOC o a una situación derivada de este, ¿de qué tipo es y cuántas veces aparece?**

En esta primera pregunta se identificará la tipología de humor y la cantidad de veces que este aparece a lo largo del capítulo. Consideraremos tres tipos de humor:

- **Humor positivo**, entendido como el humor constructivo que busca provocar una risa (ajena o propia) inofensiva, al menos en intención, sin ofender o agredir a nadie.

- **Humor negativo**, entendido como el humor destructivo que busca provocar la risa a costa de los demás a través de un sentido del humor agresivo, ofensivo e incluso maleducado
- **Autocrítica**, entendido como el tipo de humor que busca hacer reír a los demás a través del mecanismo de reírse de uno mismo.

- **Cuando se trata de humor positivo, ¿qué reacción tiene el personaje? Risa/Sonrisa/Indiferencia/Incomodidad/Disgusto**
En el caso del humor positivo, se contabilizará la reacción que tiene el personaje con TOC ante cada aparición de este.

- **Cuando se trata de humor negativo, ¿qué reacción tiene el personaje? Risa/Sonrisa/Indiferencia/Incomodidad/Disgusto**
En el caso del humor negativo, también se contabilizará la reacción que tiene el personaje con TOC ante cada aparición de este.

- **Cuando se trata de autocritica, ¿qué reacción tiene el personaje? Risa/Sonrisa/Indiferencia/Incomodidad/Disgusto**
Por último, cuando el personaje con TOC se burle de si mismo, se contabilizará la reacción de este.

3. Tabla de minutado

La tabla de minutado, tal como se ha indicado anteriormente, se usará como recurso para facilitar la respuesta a las cuestiones que precisen contabilizar metraje de la serie, tal como sucede en las preguntas enmarcadas en la unidad de análisis dedicada al *rol*, en la categoría *tiempo en pantalla*. Se llenará una tabla por capítulo, la cual se divide en las siguientes columnas:

Tiempo muestra TOC

En la primera columna se indicarán individualmente los fragmentos del capítulo en los que el personaje muestre sintomatología, vías de tratamiento o situaciones derivadas del trastorno obsesivo-compulsivo.

Marnie no en pantalla

En la segunda columna se contabilizarán los minutos del capítulo en los que la protagonista no aparece en pantalla, indicando el tiempo que se emplea en narrar la historia de otro personaje y su nombre.

Debajo de ambas columnas, en la fila titulada **Totales** e indicada en verde, se empleará la función suma para contabilizar el total de metraje en el que se representa el trastorno obsesivo-compulsivo del personaje y en el que Marnie no aparece en pantalla.

Esta información se trasladará a la tabla de resultados del minutado, la cual reúne los resultados individuales de cada capítulo y en la cual se indicará:

Metraje total, entendido como la duración total del capítulo, la cual se añadirá manualmente.

Créditos, entendidos como la duración de los créditos finales del capítulo, la cual es fija (1 minuto).

Marnie no en pantalla, entendido como el total del tiempo contabilizado en la segunda columna de la tabla de minutado, el cual se trasladará automáticamente mediante una función desde esta primera tabla a la tabla de resultados.

Total Marnie en pantalla, indicado en azul y entendido como el resultado de la resta *Metraje total - Créditos - Marnie no en pantalla*, la cual se hará automáticamente mediante la función resta. De esta manera, sabremos el total del tiempo en el que Marnie aparece en pantalla durante el capítulo.

Tiempo muestra TOC, entendido como el total del tiempo contabilizado en la primera columna de la tabla de minutado, el cual se trasladará automáticamente mediante una función desde esta primera tabla a la tabla de resultados.

Total otros roles, indicado en naranja y entendido como el resultado de la resta *Total Marnie en pantalla - Tiempo muestra TOC*, la cual se hará automáticamente mediante la función resta. De esta manera, sabremos el total del tiempo en el que Marnie es mostrada en otros contextos no relacionados con el trastorno obsesivo-compulsivo y la sintomatología de este.

Por último, en la columna titulada **Totales** e indicada en color gris, se sumarán automáticamente los resultados obtenidos en las seis filas explicadas para conocer el metraje total dedicado individualmente a cada una de ellas.

8.2. Fichas codificadas

FICHA DE ANÁLISIS

Nº ficha:	Resultados	Serie analizada:	Pure (2019)	Capítulo:	1xXX
Fecha:	18/04/2021	Personaje analizado:	Marnie	Duración:	202' (total)

Unidad de análisis	Categoría	Pregunta	Ánalysis	Respuesta
Rol	Protagonismo	En el capítulo, ¿qué peso tiene el personaje en la acción que se desarrolla?	Marcar	6 Protagonista 0 Secundario
		¿Cuánto tiempo aparece el personaje en pantalla de forma activa?		163'30"
	Tiempo en pantalla	De ese tiempo, ¿cuánto se ocupa en mostrar su TOC?	Minutar	53'30"
		¿Cuánto se ocupa en mostrarlo en otros roles de su vida?		110"
	Acción	¿En qué contexto/s vemos actuar al personaje en el capítulo?	Marcar	3 Profesional 5 Personal 6 Social 5 Amoroso 1 Familiar
Carácter	Personalidad	En el tránsito del capítulo, ¿el personaje muestra actitudes de las consideradas "estereotipadas"?	Marcar	6 Sí 0 No
		En caso afirmativo, ¿cuáles y cuántas veces?		
			Contabilizar	2 Rigididad 2 Fria/duela 2 Control 21 Ansiedad evidente 0 Perfeccionismo 0 Actuar concienzudamente
Síntomas	Compulsiones	En el tránsito del capítulo, ¿el personaje experimenta compulsiones?	Marcar	6 Sí 0 No
		En caso afirmativo, ¿cuántas veces muestra compulsiones relacionadas con las siguientes temáticas?		
			Contabilizar	0 Descontaminación/Limpieza 0 Ordenar/Arreglar 0 Comprobación/Verificación 0 Repetición de actividades rutinarias 48 Rituales mentales
	Obsesiones	¿A qué obsesiones comunes responden dichas compulsiones?	Contabilizar	0 Contaminación 0 Preocupación enfermedades 0 Verificación 0 Acumulación 0 Simetría y orden 70 Sexo y moralidad 0 Violencia y agresividad 0 Religión
	Tipología	Según sus obsesiones y compulsiones, ¿con qué tipo/s de TOC se identifica el personaje?	Marcar	0 TOC de limpieza 0 TOC de comprobación 6 TOC de pensamientos no deseados

Tratamiento	¿El personaje sabe que tiene un TOC?	Marcar	5 Sí 0 No	
	¿Se le muestra en tratamiento?	Marcar	4 Sí 0 No	
	En caso afirmativo, ¿qué tipo/s de tratamiento se muestra?	Marcar	2 Psicoterapia 0 Farmacológico 2 Otros (especificar):	
	Sea consciente o no de su TOC, ¿reconoce los pensamientos no deseados y sabe que estos no son ciertos?	Marcar	6 Sí (introspección buena) 0 A veces (poca introspección) 0 No (ausencia de introspección)	
Interacción	Rechazo	¿El personaje experimenta actitudes de rechazo por parte de los demás personajes con relación a su TOC?	Marcar	5 Sí 0 No
		En caso afirmativo, ¿por parte de cuántos personajes?	Contabilizar	6
		¿De qué tipo y cuántas veces?	Contabilizar	2 Minimización 4 Sintomatización 3 Condescendencia 1 Peligrosidad e imprevisibilidad 0 Miedo al contagio 0 Menor inteligencia 2 Incompetencia 2 Vergüenza
		¿Qué grado de impacto tiene en el personaje?	Contabilizar	4 Muy grave 5 Grave 4 Leve 0 Indiferente
	Aceptación	¿El personaje experimenta actitudes de aceptación por parte de los demás personajes con relación a su TOC?	Marcar	6 Sí 0 No
		En caso afirmativo, ¿por parte de cuántos personajes?	Contabilizar	16
		¿De qué tipo y cuántas veces?	Contabilizar	5 Respeto 4 Cuidado 1 Generosidad 1 Compromiso 0 Confianza 2 Cooperación 4 Empatía 1 Paciencia
		¿Qué grado de impacto tiene en el personaje?	Contabilizar	4 Muy positivo 10 Positivo 1 Leve 3 Indiferente
	Humor	Cuando se hace uso del humor para referirse al TOC o a una situación	Contabilizar	4 Humor positivo

derivada de este, ¿de qué tipo es y cuántas veces aparece?		4 Humor negativo 16 Autocrítica
Cuando se trata de humor positivo, ¿qué reacción tiene el personaje?	Contabilizar	2 Risa 2 Sonrisa 0 Indiferencia 0 Incomodidad 0 Disgusto
Cuando se trata de humor negativo, ¿qué reacción tiene el personaje?	Contabilizar	0 Risa 0 Sonrisa 1 Indiferencia 2 Incomodidad 1 Disgusto
Cuando se trata de autocrítica, ¿qué reacción tiene el personaje?	Contabilizar	0 Risa 5 Sonrisa 7 Indiferencia 4 Incomodidad 0 Disgusto

FICHA DE ANÁLISIS

Nº ficha:	1	Serie analizada:	Pure (2019)	Capítulo:	1x01
Fecha:	13/04/2021	Personaje analizado:	Marnie	Duración:	33'

Unidad de análisis	Categoría	Pregunta	Ánalisis	Respuesta	
Rol	Protagonismo	En el capítulo, ¿qué peso tiene el personaje en la acción que se desarrolla?	Marcar	<input checked="" type="checkbox"/> Protagonista Secundario	
		¿Cuánto tiempo aparece el personaje en pantalla de forma activa?		32'	
	Tiempo en pantalla	De ese tiempo, ¿cuánto se ocupa en mostrar su TOC?	Minutar	12'30"	
		¿Cuánto se ocupa en mostrarlo en otros roles de su vida?		19'30"	
		¿En qué contexto/s vemos actuar al personaje en el capítulo?	Marcar	Profesional <input checked="" type="checkbox"/> Personal <input checked="" type="checkbox"/> Social <input checked="" type="checkbox"/> Amoroso <input checked="" type="checkbox"/> Familiar	
	Acción	En el tránsito del capítulo, ¿el personaje muestra actitudes de las consideradas "estereotipadas"?		<input checked="" type="checkbox"/> Sí No	
				Rigididad Frialidad 1 Control 6 Ansiedad evidente Perfeccionismo Actuar concienzudamente	
	Personalidad	En el tránsito del capítulo, ¿el personaje experimenta compulsiones?	Marcar	<input checked="" type="checkbox"/> Sí No	
		En caso afirmativo, ¿cuántas veces?		Contabilizar Descontaminación/Limpieza Ordenar/Arreglar Comprobación/Verificación Repetición de actividades rutinarias 13 Rituales mentales	
Síntomas	Compulsiones	En el tránsito del capítulo, ¿el personaje muestra compulsiones relacionadas con las siguientes temáticas?	Contabilizar	Contaminación Preocupación enfermedades Verificación Acumulación Simetría y orden 11 Sexo y moralidad Violencia y agresividad Religión	
		¿A qué obsesiones comunes responden dichas compulsiones?		Contaminación Preocupación enfermedades Verificación Acumulación Simetría y orden 11 Sexo y moralidad Violencia y agresividad Religión	
	Obsesiones	Según sus obsesiones y compulsiones, ¿con qué tipo/s de TOC se identifica el personaje?	Marcar	TOC de limpieza TOC de comprobación <input checked="" type="checkbox"/> TOC de pensamientos no deseados	
		¿El personaje sabe que tiene un TOC?		Sí <input checked="" type="checkbox"/> No	
	Tipología	¿Se le muestra en tratamiento?	Marcar	<input checked="" type="checkbox"/> Sí No	
		En caso afirmativo, ¿qué tipo/s de tratamiento se muestra?		Psicoterapia	
	Tratamiento				

				Farmacológico
				<input checked="" type="checkbox"/> Otros (especificar): visita a una médico de cabecera
		Sea consciente o no de su TOC, ¿reconoce los pensamientos no deseados y sabe que estos no son ciertos?	Marcar	<input checked="" type="checkbox"/> Sí (introspección buena)
				A veces (poca introspección)
				No (ausencia de introspección)
Interacción	Rechazo	¿El personaje experimenta actitudes de rechazo por parte de los demás personajes con relación a su TOC?	Marcar	<input checked="" type="checkbox"/> Sí
		En caso afirmativo, ¿por parte de cuántos personajes?	Contabilizar	No
		¿De qué tipo y cuántas veces?	Contabilizar	1
				Minimización
				Sintomatización
Aceptación	Aceptación	¿De qué tipo y cuántas veces?	Contabilizar	Condescendencia
				Peligrosidad e imprevisibilidad
				Miedo al contagio
				Menor inteligencia
				Incompetencia
Humor	Humor	¿Qué grado de impacto tiene en el personaje?	Contabilizar	1 Vergüenza
				Muy grave
				1 Grave
				Leve
				Indiferente
		¿El personaje experimenta actitudes de aceptación por parte de los demás personajes con relación a su TOC?	Marcar	<input checked="" type="checkbox"/> Sí
		En caso afirmativo, ¿por parte de cuántos personajes?	Contabilizar	No
		¿De qué tipo y cuántas veces?	Contabilizar	2
				1 Respeto
				1 Cuidado
				Generosidad
				Compromiso
				Confianza
				Cooperación
				Empatía
		¿Qué grado de impacto tiene en el personaje?	Contabilizar	Paciencia
				Muy positivo
				1 Positivo
				Leve
				1 Indiferente
		Cuando se hace uso del humor para referirse al TOC o a una situación derivada de este, ¿de qué tipo es y cuántas veces aparece?	Contabilizar	1 Humor positivo
				Humor negativo
				2 Autocritica
		Cuando se trata de humor positivo, ¿qué reacción tiene el personaje?	Contabilizar	1 Risa
				Sonrisa
				Indiferencia
				Incomodidad
				Disgusto
		Cuando se trata de humor negativo, ¿qué reacción tiene el personaje?	Contabilizar	Risa
				Sonrisa
				Indiferencia

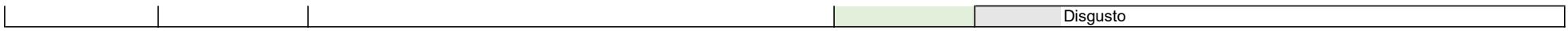
				Incomodidad
				Disgusto
	Cuando se trata de autocrítica, ¿qué reacción tiene el personaje?	Contabilizar		Risa
				Sonrisa
				2 Indiferencia
				Incomodidad
				Disgusto

FICHA DE ANÁLISIS

Nº ficha:	2	Serie analizada:	Pure (2019)	Capítulo:	1x02
Fecha:	13/04/2021	Personaje analizado:	Marnie	Duración:	32'

Unidad de análisis	Categoría	Pregunta	Ánalysis	Respuesta
Rol	Protagonismo	En el capítulo, ¿qué peso tiene el personaje en la acción que se desarrolla?	Marcar	<input checked="" type="checkbox"/> Protagonista Secundario
		¿Cuánto tiempo aparece el personaje en pantalla de forma activa?		31'
		De ese tiempo, ¿cuánto se ocupa en mostrar su TOC?		10'
	Acción	¿Cuánto se ocupa en mostrarlo en otros roles de su vida?	Marcar	21'
		¿En qué contexto/s vemos actuar al personaje en el capítulo?		<input checked="" type="checkbox"/> Profesional <input checked="" type="checkbox"/> Personal <input checked="" type="checkbox"/> Social Amoroso Familiar
Carácter	Personalidad	En el tránsito del capítulo, ¿el personaje muestra actitudes de las consideradas "estereotipadas"?	Marcar	<input checked="" type="checkbox"/> Sí No
		En caso afirmativo, ¿cuáles y cuántas veces?		1 Rigidez Frialdad Control 3 Ansiedad evidente Perfeccionismo Actuar concienzudamente
Síntomas	Compulsiones	En el tránsito del capítulo, ¿el personaje experimenta compulsiones?	Marcar	<input checked="" type="checkbox"/> Sí No
		En caso afirmativo, ¿cuántas veces muestra compulsiones relacionadas con las siguientes temáticas?		Descontaminación/Limpieza Ordenar/Arreglar Comprobación/Verificación Repición de actividades rutinarias 12 Rituales mentales
	Obsesiones	¿A qué obsesiones comunes responden dichas compulsiones?	Contabilizar	Contaminación Preocupación enfermedades Verificación Acumulación Simetría y orden 9 Sexo y moralidad Violencia y agresividad Religión
Tipología	Tipología	Según sus obsesiones y compulsiones, ¿con qué tipo/s de TOC se identifica el personaje?	Marcar	TOC de limpieza TOC de comprobación <input checked="" type="checkbox"/> TOC de pensamientos no deseados
Tratamiento	Tratamiento	¿El personaje sabe que tiene un TOC?	Marcar	<input checked="" type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No
		¿Se le muestra en tratamiento?		<input checked="" type="checkbox"/> Sí No
	Tratamiento	En caso afirmativo, ¿qué tipo/s de tratamiento se muestra?	Marcar	Psicoterapia Farmacológico <input checked="" type="checkbox"/> Otros (especificar): grupo de apoyo de adictos al sexo y al porno
		Sea consciente o no de su TOC, ¿reconoce los pensamientos	Marcar	<input checked="" type="checkbox"/> Sí (introspección buena)

		no deseados y sabe que estos no son ciertos?		A veces (poca introspección)
				No (ausencia de introspección)
Interacción	Rechazo	¿El personaje experimenta actitudes de rechazo por parte de los demás personajes con relación a su TOC?	Marcar	Sí
		En caso afirmativo, ¿por parte de cuántos personajes?	Contabilizar	<input checked="" type="checkbox"/> No
		¿De qué tipo y cuántas veces?	Contabilizar	Minimización Sintomatización Condescendencia Peligrosidad e imprevisibilidad Miedo al contagio Menor inteligencia Incompetencia Vergüenza
		¿Qué grado de impacto tiene en el personaje?	Contabilizar	Muy grave Grave Leve Indiferente
Aceptación		¿El personaje experimenta actitudes de aceptación por parte de los demás personajes con relación a su TOC?	Marcar	<input checked="" type="checkbox"/> Sí No
		En caso afirmativo, ¿por parte de cuántos personajes?	Contabilizar	<input checked="" type="checkbox"/> 3
		¿De qué tipo y cuántas veces?	Contabilizar	1 Respeto 1 Cuidado 1 Generosidad Compromiso Confianza 1 Cooperación 1 Empatía Paciencia
		¿Qué grado de impacto tiene en el personaje?	Contabilizar	1 Muy positivo 3 Positivo 1 Leve Indiferente
Humor		Cuando se hace uso del humor para referirse al TOC o a una situación derivada de este, ¿de qué tipo es y cuántas veces aparece?	Contabilizar	1 Humor positivo Humor negativo 5 Autocrítica
		Cuando se trata de humor positivo, ¿qué reacción tiene el personaje?	Contabilizar	Risa <input checked="" type="checkbox"/> 1 Sonrisa Indiferencia Incomodidad Disgusto
		Cuando se trata de humor negativo, ¿qué reacción tiene el personaje?	Contabilizar	Risa Sonrisa Indiferencia Incomodidad Disgusto
		Cuando se trata de autocritica, ¿qué reacción tiene el personaje?	Contabilizar	Risa <input checked="" type="checkbox"/> 2 Sonrisa 1 Indiferencia 2 Incomodidad



FICHA DE ANÁLISIS

Nº ficha:	3	Serie analizada:	Pure (2019)	Capítulo:	1x03
Fecha:	14/04/2021	Personaje analizado:	Marnie	Duración:	36'

Unidad de análisis	Categoría	Pregunta	Ánálisis	Respuesta
Rol	Protagonismo	En el capítulo, ¿qué peso tiene el personaje en la acción que se desarrolla?	Marcar	<input checked="" type="checkbox"/> Protagonista Secundario
		¿Cuánto tiempo aparece el personaje en pantalla de forma activa?		29'
	Tiempo en pantalla	De ese tiempo, ¿cuánto se ocupa en mostrar su TOC?	Minutar	5'
		¿Cuánto se ocupa en mostrarlo en otros roles de su vida?		24'
	Acción	¿En qué contexto/s vemos actuar al personaje en el capítulo?	Marcar	<input checked="" type="checkbox"/> Profesional <input checked="" type="checkbox"/> Personal <input checked="" type="checkbox"/> Social <input checked="" type="checkbox"/> Amoroso Familiar
Carácter	Personalidad	En el tránsito del capítulo, ¿el personaje muestra actitudes de las consideradas "estereotipadas"?	Marcar	<input checked="" type="checkbox"/> Sí No
		En caso afirmativo, ¿cuáles y cuántas veces?		Contabilizar 1 Rigidez Frialdad Control 4 Ansiedad evidente Perfeccionismo Actuar concienzudamente
Síntomas	Compulsiones	En el tránsito del capítulo, ¿el personaje experimenta compulsiones?	Marcar	<input checked="" type="checkbox"/> Sí No
		En caso afirmativo, ¿cuántas veces muestra compulsiones relacionadas con las siguientes temáticas?		Contabilizar Descontaminación/Limpieza Ordenar/Arreglar Comprobación/Verificación Repetición de actividades rutinarias 6 Rituales mentales
	Obsesiones	¿A qué obsesiones comunes responden dichas compulsiones?	Contabilizar Contaminación Preocupación enfermedades Verificación Acumulación Simetría y orden 7 Sexo y moralidad Violencia y agresividad Religión	
	Tipología	Según sus obsesiones y compulsiones, ¿con qué tipo/s de TOC se identifica el personaje?	Marcar	TOC de limpieza TOC de comprobación <input checked="" type="checkbox"/> TOC de pensamientos no deseados

Tratamiento	¿El personaje sabe que tiene un TOC?	Marcar	<input checked="" type="checkbox"/> Sí No	
	¿Se le muestra en tratamiento?	Marcar	Sí <input checked="" type="checkbox"/> No	
	En caso afirmativo, ¿qué tipo/s de tratamiento se muestra?	Marcar	Psicoterapia Farmacológico Otros (especificar):	
	Sea consciente o no de su TOC, ¿reconoce los pensamientos no deseados y sabe que estos no son ciertos?	Marcar	<input checked="" type="checkbox"/> Sí (introspección buena) A veces (poca introspección) No (ausencia de introspección)	
Interacción	Rechazo	¿El personaje experimenta actitudes de rechazo por parte de los demás personajes con relación a su TOC?	Marcar	<input checked="" type="checkbox"/> Sí No
		En caso afirmativo, ¿por parte de cuántos personajes?	Contabilizar	1
		¿De qué tipo y cuántas veces?	Contabilizar	Minimización Sintomatización Condescendencia Peligrosidad e imprevisibilidad Miedo al contagio Menor inteligencia 1 Incompetencia Vergüenza
		¿Qué grado de impacto tiene en el personaje?	Contabilizar	1 Muy grave Grave Leve Indiferente
	Aceptación	¿El personaje experimenta actitudes de aceptación por parte de los demás personajes con relación a su TOC?	Marcar	<input checked="" type="checkbox"/> Sí No
		En caso afirmativo, ¿por parte de cuántos personajes?	Contabilizar	2
		¿De qué tipo y cuántas veces?	Contabilizar	Respeto 1 Cuidado Generosidad Compromiso Confianza 1 Cooperación Empatía Paciencia
		¿Qué grado de impacto tiene en el personaje?	Contabilizar	Muy positivo 1 Positivo Leve 1 Indiferente
	Humor	Cuando se hace uso del humor para referirse al TOC o a una situación	Contabilizar	Humor positivo

derivada de este, ¿de qué tipo es y cuántas veces aparece?		Humor negativo
		1 Autocrítica
Cuando se trata de humor positivo, ¿qué reacción tiene el personaje?	Contabilizar	Risa
		Sonrisa
		Indiferencia
		Incomodidad
		Disgusto
Cuando se trata de humor negativo, ¿qué reacción tiene el personaje?	Contabilizar	Risa
		Sonrisa
		Indiferencia
		Incomodidad
		Disgusto
Cuando se trata de autocrítica, ¿qué reacción tiene el personaje?	Contabilizar	Risa
		1 Sonrisa
		Indiferencia
		Incomodidad
		Disgusto

FICHA DE ANÁLISIS

Nº ficha:	4	Serie analizada:	Pure (2019)	Capítulo:	1x04
Fecha:	14/04/2021	Personaje analizado:	Marnie	Duración:	33'

Unidad de análisis	Categoría	Pregunta	Ánálisis	Respuesta
Rol	Protagonismo	En el capítulo, ¿qué peso tiene el personaje en la acción que se desarrolla?	Marcar	<input checked="" type="checkbox"/> Protagonista Secundario
		¿Cuánto tiempo aparece el personaje en pantalla de forma activa?		22'
	Tiempo en pantalla	De ese tiempo, ¿cuánto se ocupa en mostrar su TOC?	Minutar	5'
		¿Cuánto se ocupa en mostrarlo en otros roles de su vida?		17'
	Acción	¿En qué contexto/s vemos actuar al personaje en el capítulo?	Marcar	Profesional <input checked="" type="checkbox"/> Personal <input checked="" type="checkbox"/> Social <input checked="" type="checkbox"/> Amoroso Familiar
Carácter	Personalidad	En el tránsito del capítulo, ¿el personaje muestra actitudes de las consideradas "estereotipadas"?	Marcar	<input checked="" type="checkbox"/> Sí No
		En caso afirmativo, ¿cuáles y cuántas veces?		Rigidez 1 Fria/idad Control 1 Ansiedad evidente Perfeccionismo Actuar concienzudamente
	Compulsiones	En el tránsito del capítulo, ¿el personaje experimenta compulsiones?	Marcar	<input checked="" type="checkbox"/> Sí No
		En caso afirmativo, ¿cuántas veces muestra compulsiones relacionadas con las siguientes temáticas?		Descontaminación/Limpieza Ordenar/Arreglar Comprobación/Verificación Repetición de actividades rutinarias 7 Rituales mentales
		¿A qué obsesiones comunes responden dichas compulsiones?	Contabilizar	Contaminación Preocupación enfermedades Verificación Acumulación Simetría y orden 13 Sexo y moralidad Violencia y agresividad Religión
Síntomas	Tipología	Según sus obsesiones y compulsiones, ¿con qué tipo/s de TOC se identifica el personaje?	Marcar	TOC de limpieza TOC de comprobación <input checked="" type="checkbox"/> TOC de pensamientos no deseados

Tratamiento	¿El personaje sabe que tiene un TOC?	Marcar	<input checked="" type="checkbox"/> Sí No
	¿Se le muestra en tratamiento?	Marcar	<input checked="" type="checkbox"/> Sí No
	En caso afirmativo, ¿qué tipo/s de tratamiento se muestra?	Marcar	<input checked="" type="checkbox"/> Psicoterapia Farmacológico Otros (especificar):
	Sea consciente o no de su TOC, ¿reconoce los pensamientos no deseados y sabe que estos no son ciertos?	Marcar	<input checked="" type="checkbox"/> Sí (introspección buena) A veces (poca introspección) No (ausencia de introspección)
Interacción	Rechazo	¿El personaje experimenta actitudes de rechazo por parte de los demás personajes con relación a su TOC?	Marcar <input checked="" type="checkbox"/> Sí No
		En caso afirmativo, ¿por parte de cuántos personajes?	Contabilizar <input checked="" type="checkbox"/> 1
		¿De qué tipo y cuántas veces?	Contabilizar Minimización Sintomatización Condescendencia <input checked="" type="checkbox"/> 1 Peligrosidad e imprevisibilidad Miedo al contagio Menor inteligencia Incompetencia Vergüenza
		¿Qué grado de impacto tiene en el personaje?	Contabilizar Muy grave <input checked="" type="checkbox"/> Grave Leve Indiferente
Aceptación	Aceptación	¿El personaje experimenta actitudes de aceptación por parte de los demás personajes con relación a su TOC?	Marcar <input checked="" type="checkbox"/> Sí No
		En caso afirmativo, ¿por parte de cuántos personajes?	Contabilizar <input checked="" type="checkbox"/> 3
		¿De qué tipo y cuántas veces?	Contabilizar 1 Respeto Cuidado Generosidad <input checked="" type="checkbox"/> 1 Compromiso Confianza Cooperación <input checked="" type="checkbox"/> 1 Empatía Paciencia
		¿Qué grado de impacto tiene en el personaje?	Contabilizar 1 Muy positivo <input checked="" type="checkbox"/> 2 Positivo Leve Indiferente
Humor	Cuando se hace uso del humor para referirse al TOC o a una situación	Contabilizar	<input checked="" type="checkbox"/> 2 Humor positivo

derivada de este, ¿de qué tipo es y cuántas veces aparece?		Humor negativo
		6 Autocrítica
Cuando se trata de humor positivo, ¿qué reacción tiene el personaje?	Contabilizar	1 Risa
		1 Sonrisa
		Indiferencia
		Incomodidad
		Disgusto
Cuando se trata de humor negativo, ¿qué reacción tiene el personaje?	Contabilizar	Risa
		Sonrisa
		Indiferencia
		Incomodidad
		Disgusto
Cuando se trata de autocrítica, ¿qué reacción tiene el personaje?	Contabilizar	Risa
		1 Sonrisa
		4 Indiferencia
		1 Incomodidad
		Disgusto

FICHA DE ANÁLISIS

Nº ficha:	5	Serie analizada:	Pure (2019)	Capítulo:	1x05
Fecha:	15/04/2021	Personaje analizado:	Marnie	Duración:	34'

Unidad de análisis	Categoría	Pregunta	Ánálisis	Respuesta
Rol	Protagonismo	En el capítulo, ¿qué peso tiene el personaje en la acción que se desarrolla?	Marcar	<input checked="" type="checkbox"/> Protagonista Secundario
		¿Cuánto tiempo aparece el personaje en pantalla de forma activa?		23'30"
	Tiempo en pantalla	De ese tiempo, ¿cuánto se ocupa en mostrar su TOC?	Minutar	9'
		¿Cuánto se ocupa en mostrarlo en otros roles de su vida?		14'30"
	Acción	¿En qué contexto/s vemos actuar al personaje en el capítulo?	Marcar	Profesional Personal <input checked="" type="checkbox"/> Social <input checked="" type="checkbox"/> Amoroso Familiar
Carácter	Personalidad	En el tránsito del capítulo, ¿el personaje muestra actitudes de las consideradas "estereotipadas"?	Marcar	<input checked="" type="checkbox"/> Sí No
		En caso afirmativo, ¿cuáles y cuántas veces?		Rigidez 1 Fria/idad Control 2 Ansiedad evidente Perfeccionismo Actuar concienzudamente
Síntomas	Compulsiones	En el tránsito del capítulo, ¿el personaje experimenta compulsiones?	Marcar	<input checked="" type="checkbox"/> Sí No
		En caso afirmativo, ¿cuántas veces muestra compulsiones relacionadas con las siguientes temáticas?		Descontaminación/Limpieza Ordenar/Arreglar Comprobación/Verificación Repetición de actividades rutinarias 7 Rituales mentales
	Obsesiones	¿A qué obsesiones comunes responden dichas compulsiones?	Contabilizar	Contaminación Preocupación enfermedades Verificación Acumulación Simetría y orden 12 Sexo y moralidad Violencia y agresividad Religión
	Tipología	Según sus obsesiones y compulsiones, ¿con qué tipo/s de TOC se identifica el personaje?	Marcar	TOC de limpieza TOC de comprobación <input checked="" type="checkbox"/> TOC de pensamientos no deseados

Tratamiento	¿El personaje sabe que tiene un TOC?	Marcar	<input checked="" type="checkbox"/> Sí No	
	¿Se le muestra en tratamiento?	Marcar	Sí <input checked="" type="checkbox"/> No	
	En caso afirmativo, ¿qué tipo/s de tratamiento se muestra?	Marcar	Psicoterapia Farmacológico Otros (especificar):	
	Sea consciente o no de su TOC, ¿reconoce los pensamientos no deseados y sabe que estos no son ciertos?	Marcar	<input checked="" type="checkbox"/> Sí (introspección buena) A veces (poca introspección) No (ausencia de introspección)	
Interacción	Rechazo	¿El personaje experimenta actitudes de rechazo por parte de los demás personajes con relación a su TOC?	Marcar	<input checked="" type="checkbox"/> Sí No
		En caso afirmativo, ¿por parte de cuántos personajes?	Contabilizar	1
		¿De qué tipo y cuántas veces?	Contabilizar	1 Minimización 3 Sintomatización 3 Condescendencia Peligrosidad e imprevisibilidad Miedo al contagio Menor inteligencia Incompetencia 1 Vergüenza
		¿Qué grado de impacto tiene en el personaje?	Contabilizar	3 Muy grave 3 Grave 2 Leve Indiferente
	Aceptación	¿El personaje experimenta actitudes de aceptación por parte de los demás personajes con relación a su TOC?	Marcar	<input checked="" type="checkbox"/> Sí No
		En caso afirmativo, ¿por parte de cuántos personajes?	Contabilizar	2
		¿De qué tipo y cuántas veces?	Contabilizar	1 Respeto Cuidado Generosidad Compromiso Confianza Cooperación 1 Empatía Paciencia
		¿Qué grado de impacto tiene en el personaje?	Contabilizar	Muy positivo 1 Positivo Leve 1 Indiferente
Humor	Cuando se hace uso del humor para referirse al TOC o a una situación	Contabilizar	Humor positivo	

derivada de este, ¿de qué tipo es y cuántas veces aparece?		3 Humor negativo 1 Autocrítica
Cuando se trata de humor positivo, ¿qué reacción tiene el personaje?	Contabilizar	Risa Sonrisa Indiferencia Incomodidad Disgusto
Cuando se trata de humor negativo, ¿qué reacción tiene el personaje?	Contabilizar	Risa Sonrisa 1 Indiferencia 1 Incomodidad 1 Disgusto
Cuando se trata de autocrítica, ¿qué reacción tiene el personaje?	Contabilizar	Risa Sonrisa Indiferencia 1 Incomodidad Disgusto

FICHA DE ANÁLISIS

Nº ficha:	6	Serie analizada:	Pure (2019)	Capítulo:	1x06
Fecha:	15/04/2021	Personaje analizado:	Marnie	Duración:	34'

Unidad de análisis	Categoría	Pregunta	Ánálisis	Respuesta
Rol	Protagonismo	En el capítulo, ¿qué peso tiene el personaje en la acción que se desarrolla?	Marcar	<input checked="" type="checkbox"/> Protagonista Secundario
		¿Cuánto tiempo aparece el personaje en pantalla de forma activa?		26'
	Tiempo en pantalla	De ese tiempo, ¿cuánto se ocupa en mostrar su TOC?	Minutar	12'
		¿Cuánto se ocupa en mostrarlo en otros roles de su vida?		14'
	Acción	¿En qué contexto/s vemos actuar al personaje en el capítulo?	Marcar	<input checked="" type="checkbox"/> Profesional <input checked="" type="checkbox"/> Personal <input checked="" type="checkbox"/> Social <input checked="" type="checkbox"/> Amoroso Familiar
Carácter	Personalidad	En el tránsito del capítulo, ¿el personaje muestra actitudes de las consideradas "estereotipadas"?	Marcar	<input checked="" type="checkbox"/> Sí No
		En caso afirmativo, ¿cuáles y cuántas veces?		Rigidez Frialdad 1 Control 5 Ansiedad evidente Perfeccionismo Actuar concienzudamente
			Contabilizar	
Síntomas	Compulsiones	En el tránsito del capítulo, ¿el personaje experimenta compulsiones?	Marcar	<input checked="" type="checkbox"/> Sí No
		En caso afirmativo, ¿cuántas veces muestra compulsiones relacionadas con las siguientes temáticas?		Descontaminación/Limpieza Ordenar/Arreglar Comprobación/Verificación Repetición de actividades rutinarias 3 Rituales mentales
			Contabilizar	
	Obsesiones	¿A qué obsesiones comunes responden dichas compulsiones?	Contabilizar	Contaminación Preocupación enfermedades Verificación Acumulación Simetría y orden 18 Sexo y moralidad Violencia y agresividad Religión
	Tipología	Según sus obsesiones y compulsiones, ¿con qué tipo/s de TOC se identifica el personaje?	Marcar	TOC de limpieza TOC de comprobación <input checked="" type="checkbox"/> TOC de pensamientos no deseados

Tratamiento	¿El personaje sabe que tiene un TOC?	Marcar	<input checked="" type="checkbox"/> Sí No
	¿Se le muestra en tratamiento?	Marcar	<input checked="" type="checkbox"/> Sí No
	En caso afirmativo, ¿qué tipo/s de tratamiento se muestra?	Marcar	<input checked="" type="checkbox"/> Psicoterapia Farmacológico Otros (especificar):
	Sea consciente o no de su TOC, ¿reconoce los pensamientos no deseados y sabe que estos no son ciertos?	Marcar	<input checked="" type="checkbox"/> Sí (introspección buena) A veces (poca introspección) No (ausencia de introspección)
Interacción	Rechazo	¿El personaje experimenta actitudes de rechazo por parte de los demás personajes con relación a su TOC?	Marcar <input checked="" type="checkbox"/> Sí No
		En caso afirmativo, ¿por parte de cuántos personajes?	Contabilizar 2
		¿De qué tipo y cuántas veces?	Contabilizar 1 Minimización 1 Sintomatización Condescendencia Peligrosidad e imprevisibilidad Miedo al contagio Menor inteligencia 1 Incompetencia Vergüenza
		¿Qué grado de impacto tiene en el personaje?	Contabilizar Muy grave 1 Grave 2 Leve Indiferente
Aceptación	Aceptación	¿El personaje experimenta actitudes de aceptación por parte de los demás personajes con relación a su TOC?	Marcar <input checked="" type="checkbox"/> Sí No
		En caso afirmativo, ¿por parte de cuántos personajes?	Contabilizar 4
		¿De qué tipo y cuántas veces?	Contabilizar 1 Respeto 1 Cuidado Generosidad Compromiso Confianza Cooperación 1 Empatía 1 Paciencia
		¿Qué grado de impacto tiene en el personaje?	Contabilizar 2 Muy positivo 2 Positivo Leve Indiferente
Humor	Cuando se hace uso del humor para referirse al TOC o a una situación	Contabilizar	Humor positivo

derivada de este, ¿de qué tipo es y cuántas veces aparece?		1 Humor negativo 1 Autocrítica
Cuando se trata de humor positivo, ¿qué reacción tiene el personaje?	Contabilizar	Risa Sonrisa Indiferencia Incomodidad Disgusto
Cuando se trata de humor negativo, ¿qué reacción tiene el personaje?	Contabilizar	Risa Sonrisa Indiferencia 1 Incomodidad Disgusto
Cuando se trata de autocrítica, ¿qué reacción tiene el personaje?	Contabilizar	Risa 1 Sonrisa Indiferencia Incomodidad Disgusto

8.3. Tabla de minutado

MINUTADO 1x01			MINUTADO 1x02			MINUTADO 1x03		
Tiempo muestra TOC	Marnie no en pantalla		Tiempo muestra TOC	Marnie no en pantalla		Tiempo muestra TOC	Marnie no en pantalla	
	Tiempo	Personaje		Tiempo	Personaje		Tiempo	Personaje
0:00:52			0:02:00			0:00:35	0:01:20	Charlie
0:01:02			0:00:05			0:00:10	0:01:30	Charlie
0:01:00			0:01:00			0:00:30	0:02:50	Charlie
0:00:06			0:00:10			0:00:10	0:00:27	Shereen
0:00:15			0:00:10			0:03:00		
0:00:12			0:00:10			0:00:35		
0:00:45			0:00:05					
0:02:00			0:01:00					
0:00:05			0:00:10					
0:00:15			0:00:30					
0:00:25			0:00:20					
0:01:55			0:03:00					
0:00:10			0:01:15					
0:02:30								
0:01:00								
Totales	0:12:32	Siempre en pantalla	0:09:55	Siempre en pantalla	0:05:00	0:06:07		

MINUTADO 1x04			MINUTADO 1x05			MINUTADO 1x06		
Tiempo muestra TOC	Marnie no en pantalla		Tiempo muestra TOC	Marnie no en pantalla		Tiempo muestra TOC	Marnie no en pantalla	
	Tiempo	Personaje		Tiempo	Personaje		Tiempo	Personaje
0:00:20	0:01:10	Charlie	0:00:10	0:02:20	Charlie	0:00:20	0:02:30	Amber
0:00:20	0:00:35	Shereen	0:00:40	0:01:00	Amber	0:01:20	0:02:35	Charlie
0:00:05	0:01:00	Amber	0:02:10	0:00:20	Amber	0:00:15	0:00:20	Amber
0:02:15	0:01:10	Charlie	0:01:00	0:00:50	Charlie y Joe	0:02:25	0:00:25	Charlie
0:00:20	0:02:00	Amber	0:00:05	0:01:00	Charlie	0:01:30	0:00:55	Charlie
0:00:15	0:03:30	Charlie	0:00:15	0:02:00	Amber y Joe	0:00:05		
0:00:05	0:00:35	Amber	0:04:30	0:02:00	Charlie	0:00:50		
0:00:05						0:02:00		
0:00:10						0:02:20		
0:00:25						0:01:00		
0:00:10								
0:00:10								
0:00:15								
Totales	0:04:55	0:10:00	0:08:50	0:09:30	0:12:05	0:06:45		

	RESULTADOS MINUTADO						Totales
	1x01	1x02	1x03	1x04	1x05	1x06	
Metraje total	0:33:00	0:32:00	0:36:00	0:33:00	0:34:00	0:34:00	3:22:00
Créditos	0:01:00	0:01:00	0:01:00	0:01:00	0:01:00	0:01:00	0:06:00
Marnie no en pantalla	0:00:00	0:00:00	0:06:07	0:10:00	0:09:30	0:06:45	0:32:22
Total Marnie en pantalla	0:32:00	0:31:00	0:28:53	0:22:00	0:23:30	0:26:15	2:43:38
Tiempo muestra TOC	0:12:32	0:09:55	0:05:00	0:04:55	0:08:50	0:12:05	0:53:17
Total otros roles	0:19:28	0:21:05	0:23:53	0:17:05	0:14:40	0:14:10	1:50:21