



Evelyn Daniela Mijangos Cruz

Psic. María Verónica Román Campos

“Análisis de la película: Tenemos que hablar de Kevin”

Psicopatología

Licenciatura en psicología

Sexto cuatrimestre



“Análisis de la película: Tenemos que hablar de Kevin”

1. Introducción breve

La película “Tenemos que hablar de Kevin”, dirigida por Lynne Ramsay, cuenta la historia de Eva, una madre batallando por entender y sobrellevar la conducta de su hijo Kevin. A lo largo de la película, vemos cómo Kevin muestra comportamientos extraños desde que era pequeño. Este personaje es interesante desde el punto de vista clínico porque nos hace preguntarnos si su conducta se debe a un trastorno mental, a su entorno familiar o a una combinación de ambos. Su caso nos permite reflexionar sobre la importancia de detectar a tiempo ciertas conductas y de qué forma el ambiente familiar puede afectar el crecimiento de un niño.

2. Descripción conductual de Kevin

- ✓ Kevin no responde al afecto de su madre, incluso cuando es un bebé. Lloro constantemente con ella, pero se calma con el padre.
- ✓ Tarda mucho en aprender a ir al baño, viéndose más como un acto de rebeldía que como un verdadero problema.
- ✓ En ciertas situaciones, su comportamiento cambia según si interactúa con su padre, siendo más amable, o con su madre, mostrándose más agresivo, lo cual da a entender que posee la habilidad de influir en las personas.
- ✓ Tras causar daño físico a su hermana, no muestra remordimiento ni empatía.
- ✓ Tiene un interés muy intenso y específico por el tiro con arco, que termina usando esto para hacer daño.

3. Diagnóstico propuesto desde el DSM-5-TR



Trastorno del Espectro Autista (TEA), nivel 1, sin discapacidad intelectual, con deterioro del lenguaje acompañante.



Criterios diagnósticos del TEA según el DSM-5-TR

A. Deficiencias persistentes en la comunicación social y en la interacción social en diversos contextos, manifestados por todos los siguientes:

1. Las deficiencias en la reciprocidad socioemocional varían, por ejemplo, desde un acercamiento social anormal y fracaso de la conversación normal en ambos sentidos, pasando por la disminución en intereses, emociones o afectos compartidos, hasta el fracaso en iniciar o responder a interacciones sociales.

Kevin cumple con este criterio porque no responde emocionalmente a su madre ni a otras personas. Desde bebé, rechaza el afecto, no busca consuelo y no muestra interés en compartir emociones.

2. Las deficiencias en las conductas comunicativas no verbales utilizadas en la interacción social varían, por ejemplo, desde una comunicación verbal y no verbal poco integrada, pasando por anomalías del contacto visual y del lenguaje corporal o deficiencias de la comprensión y el uso de gestos, hasta una falta total de expresión facial y de comunicación no verbal.

Cumple con este otro, ya que su forma de expresarse con el cuerpo, lo que muestra en su cara y cómo mira a los demás son raros o casi inexistentes. Con frecuencia, da la impresión de no sentir nada o de tener una mirada que reta.

3. Las deficiencias en el desarrollo, mantenimiento y comprensión de las relaciones varían, por ejemplo, desde dificultades para ajustar el comportamiento en diversos contextos sociales, pasando por dificultades para compartir juegos imaginativos o para hacer amigos, hasta la ausencia de interés por otras personas.

Kevin no suele conectar con la gente de forma habitual, mostrando poco interés por los otros y sin crear amistades. Prefiere por estar solo o manipular.

B. Patrones restrictivos y repetitivos de comportamiento, intereses o actividades, manifestados por al menos dos de los siguientes:

2. Insistencia en la monotonía, excesiva inflexibilidad de rutinas o patrones ritualizados de comportamiento verbal o no verbal (p. ej., gran angustia frente a cambios pequeños, dificultades con las transiciones, patrones de pensamiento rígidos, rituales de saludo, necesidad de tomar el mismo camino o de comer los mismos alimentos cada día).

Reacciona mal ante situaciones donde pierde el control. Se irrita cuando no se hacen las cosas a su manera, por ejemplo, lanzar comida o negarse a colaborar.

3. Intereses muy restringidos y fijos que son anormales en cuanto a su intensidad o foco de interés (p. ej. fuerte apego o preocupación por objetos inusuales, intereses excesivamente circunscritos o perseverantes).

Su obsesión con el arco y la flecha es muy marcada, lo practica de forma repetitiva.

4. Hiper- o hiporreactividad a los estímulos sensoriales o interés inhabitual por aspectos sensoriales del entorno (p. ej., indiferencia aparente al dolor/temperatura, respuesta adversa a sonidos o texturas específicos, olfateo o palpación excesiva de objetos, fascinación visual por las luces o el movimiento).

En una escena, Kevin muestra indiferencia al dolor cuando su madre le rompe el brazo, no llora, ni muestra sufrimiento. Esta reacción podría interpretarse como hiporreactividad sensorial.

C. Inicio en el periodo del desarrollo temprano:

Las conductas se manifiestan desde la infancia.

D. Deterioro clínicamente significativo:

Afecta su funcionamiento familiar, escolar y social.

E. No se explica mejor por discapacidad intelectual:

Kevin es muy inteligente. Piensa de manera coherente y sabe cómo manejar las cosas, lo que descarta una discapacidad intelectual.

4. Diagnóstico desde el CIE-11

299.00 (F84.0) Trastorno del Espectro Autista (TEA) sin discapacidad intelectual con deterioro del lenguaje acompañante. Presenta características compatibles con un funcionamiento de nivel 1 según criterios del DSM-5-TR.

5. Discusión crítica

► ¿Qué retos éticos o clínicos implicaría diagnosticar a Kevin desde la infancia?

Diagnosticar a un niño como Kevin desde pequeño puede ser difícil porque sus síntomas no son tan claros al inicio. Hay riesgo de etiquetarlo y que eso afecte cómo lo tratan en casa y en la escuela.

► ¿Qué factores familiares y ambientales influyen en su desarrollo?

◆ Eva no quería ser madre en ese momento, lo que genera desde el inicio una conexión emocional débil con Kevin. Aunque intenta cuidarlo, muchas veces lo hace con frustración o rechazo, lo que puede haber afectado el apego temprano.

◆ Su padre minimiza los problemas y es permisivo, lo que impide una intervención temprana.

◆ Kevin crece en un ambiente donde no hay consecuencias o límites claros por su conducta.

► ¿Hay riesgo de sobreinterpretar o estigmatizar con este diagnóstico?

Sí. Llamar a alguien “autista” sin estar seguro puede llevar a malentendidos y discriminación. Por eso es importante hacer una evaluación completa y cuidadosa.

6. Conclusiones personales

► **¿Crees que Kevin tenía un trastorno real? ¿Qué habrías hecho como profesional?**

Creo que Kevin sí muestra rasgos que podrían estar dentro del espectro autista, pero también tiene características de un trastorno de personalidad antisocial. Como profesional, habría recomendado una evaluación psicológica desde pequeño y apoyo familiar. Tal vez con intervención temprana, su historia habría sido diferente.

7. Bibliografía

American Psychiatric Association. (2022). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5-TR*. (5.^a ed., texto rev.; Editorial Médica Panamericana, Trad.).

Colaboradores de Wikipedia. (s.f.). Anexo:CIE-10 Capítulo V: Trastornos mentales y del comportamiento. En Wikipedia. Recuperado el 06 de julio de 2025., de <https://es.m.wikipedia.org/wiki/Anexo:CIE-10>.