

**ESTUDIO DE LOS TRASTORNOS PSICOLÓGICOS EN
“SHUTTER ISLAND”: ANÁLISIS CLÍNICO, DIAGNÓSTICO Y SU
UTILIDAD DIDÁCTICA.**

Trabajo Fin de Grado de Psicología

Arturo Corts Fleitas

Néstor Hernández Lasso

Adrián Rojas Arteaga

Tutorizado por: Ignacio Ibáñez Fernández

Marisela López Curbelo

Índice

Resumen.....	3
Introducción.....	4
Diseño.....	5
Presentación del caso.....	6
Formulación del caso.....	7
Metodología de Evaluación: Instrumentos.....	16
Discusión.....	20
Referencias.....	22
Anexos.....	27

Resumen

En este trabajo se realiza un estudio de caso adaptado a la película “Shutter Island” desde una perspectiva psicológica y educativa. Se analizan los trastornos psicológicos que podría presentar el protagonista, aportando una visión general de su historia así como los acontecimientos específicos que le llevan a estos. Se discuten los criterios del Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT), Trastorno de Duelo Complejo Persistente y Esquizofrenia. Por último, se reflexiona sobre la utilidad del cine como herramienta didáctica interesante, atractiva y efectiva.

Palabras clave: cine, estudio de caso, identidad, esquizofrenia, trastorno de duelo complejo persistente, TEPT.

Abstract

In this paper, a case study adapted to the movie "Shutter Island" is carried out from a psychological and educational perspective. It discusses the psychological disorders that the protagonist might present, providing an overview of his history as well as the specific events that lead to these. The criteria for Post Traumatic Stress Disorder (PTSD), Persistent Complex Bereavement Disorder and Schizophrenia are discussed. Finally, the utility of film as an interesting, engaging and effective teaching tool is reflected upon.

Key words: film, case study, identity, schizophrenia, persistent complex grief disorder, PTSD.

La utilización de estudios de caso en la investigación psicológica tiene una gran importancia debido a que permite obtener información detallada sobre un caso específico, su contexto y la realidad vivida por los implicados, así como la relación entre todos estos factores. Estos son definidos por Morra y Friedlander (2001) como *“un método de aprendizaje acerca de una situación compleja; se basa en el entendimiento comprensivo de dicha situación el cual se obtiene a través de la descripción y análisis de la situación la cual es tomada como un conjunto y dentro de su contexto”* (p. 2). Por ello, son una herramienta esencial de la psicología y el profundo y detallado análisis de la conducta humana que proporcionan tienen mucho valor para el estudio de esta disciplina académica, el desarrollo de teorías y la práctica clínica.

Se plantea, por tanto, un estudio del caso del protagonista de la obra cinematográfica estadounidense "Shutter Island" (Scorsese, 2010), basada en la novela del mismo nombre, escrita por Dennis Lehane (2003). No se trata de un estudio de caso completo, pues no se pueden abordar todos los apartados de este por ser una historia de ficción. El personaje principal, Teddy Daniels, presenta, presuntamente, diversos trastornos psicológicos, que son el motivo específico del estudio. La trama de esta película incluye, por tanto, temas de gran relevancia en el campo de la psicología, en especial en la psicología clínica, ya que estos trastornos están presentes en muchas personas y tienen un impacto significativo en su bienestar y calidad de vida.

El objetivo de este estudio es servir como elemento didáctico para la enseñanza de la psicología. El uso del cine como herramienta didáctica ha demostrado tener un gran valor en el proceso de enseñanza-aprendizaje (Lavado, 2020). Además, presenta muchas ventajas a la hora de ser utilizado de esta manera, ya que el cine, como medio narrativo, tiene la capacidad de transmitir conocimientos de manera efectiva y puede ser utilizado para ilustrar conceptos complejos y abstractos de manera clara y accesible para los estudiantes (Rodríguez, 2008).

Añadido a esto, se presenta de manera vívida las experiencias de los personajes, lo que proporciona una oportunidad única para estudiar y analizar los procesos psicológicos implicados en estos trastornos y problemas.

El cine es una fuente de adquisición cultural que permite a los individuos desarrollar sistemas simbólicos para representar la realidad de manera más efectiva (Arroio, 2007), es un elemento motivador y atractivo, fomenta el interés en el aprendizaje (Pérez, 2017) y tiene la capacidad de crear tendencias y ejercer un impacto más amplio en los estudiantes que cualquier otro medio. De igual manera, es altamente efectivo para generar interés en temas científicos entre los alumnos (Serra y Arroio, 2008).

Una película ofrece una oportunidad para discutir contenido específico con los estudiantes de manera contextualizada y permite encontrar la ciencia fuera del aula, en situaciones cotidianas (Arroio, 2010). La proyección en el aula puede ser seguida de una discusión grupal en la que los estudiantes tienen la posibilidad de compartir sus puntos de vista y opiniones, enriqueciendo su experiencia de aprendizaje. Se considera que los estudiantes tienen un entendimiento maduro de la ciencia cuando son capaces de adaptar su discurso y pensamiento acerca de los fenómenos, reconociendo su relevancia, capacidad y limitaciones dentro del contexto correspondiente (Leach y Scott, 2003).

Diseño

Para llevar a cabo este estudio, se utilizará como sujeto ficticio a Andrew Laeddis -o Teddy Daniels-, protagonista de la película "Shutter Island", analizando su caso clínico mediante un modelo de estudio de caso que se caracteriza por ser descriptivo y cualitativo y cuyo objetivo es identificar posibles trastornos psicológicos del personaje.

Luego, se seleccionan instrumentos de evaluación psicológica apropiados y se desarrolla una propuesta de tratamiento que pueda servir como modelo inicial. Es importante

tener en cuenta que contamos con un amplio abanico de opciones y que el diseño propuesto no será definitivo, sino una de las muchas posibilidades a considerar en el proceso de valoración y tratamiento.

A partir de lo comentado anteriormente, se sugiere crear un recurso educativo que combine los contenidos de diferentes asignaturas, siguiendo el Plan de Estudios del Grado en Psicología y/o Estudios de Posgrado de la Universidad de La Laguna. También cabe destacar que se trata de un recurso que estará disponible para aquellos que deseen utilizarlo con total flexibilidad para adaptarlo a sus necesidades o preferencias en la enseñanza.

Presentación del caso

Teddy Daniels es un personaje complejo con una historia de vida traumática que ha tenido un impacto significativo en su salud mental. Desde el principio de la película, se observa que tiene una personalidad intensa y decidida. Como oficial de policía, muestra un fuerte sentido del deber y un deseo implacable de justicia. Sin embargo, también parece estar luchando con problemas internos que no se hacen muy evidentes en un inicio.

Teddy llega a la isla -Shutter Island- acompañado de otro policía, Chuck, para investigar la desaparición de Rachel Solando, una paciente del hospital que estaba internada por haber asesinado a sus tres hijos. Se obsesiona por descubrir la verdad sobre este suceso y se implica mucho en la investigación. Además, muestra desconfianza hacia los médicos y el personal del psiquiátrico y está convencido de que hay algo siniestro que involucra a ese lugar. También cree que Andrew Laeddis (según él, un pirómano que incendió su edificio y provocó la muerte de su mujer) se encuentra internado y le están ocultando esa información.

A medida que avanza la película, se muestra que Teddy sufre de recurrentes flashbacks y alucinaciones relacionados con dos sucesos. Uno de ellos se refiere a recuerdos de la guerra, reminiscencias que se muestran como intensas y gráficas, lo que indica que ha

sido testigo de cosas terribles que han dejado una marca profunda en él. El otro tiene que ver con la pérdida personal significativa de su esposa, Dolores Chanal, lo que sugiere que no ha logrado superar su dolor y que esta pérdida le continúa afectando.

Al final de la película, se revela la verdad sobre estos sucesos: en relación al primero, se conoce que participó en la liberación de un campo de concentración en la Segunda Guerra Mundial, un evento violento y sangriento. Por otra parte, relacionado con el segundo, se descubre que él es, en realidad, Andrew Laeddis, un agente de policía. Estaba casado con Dolores Chanal y tenían tres hijos. Su esposa presentaba síntomas de trastornos psicológicos y a él le advirtieron que había que hacer algo al respecto, pero decidió ignorarlo. Dolores acabó asesinando a los hijos en el jardín de su casa, hecho que le llevó a él a asesinarla a ella. Ahora sufre la pérdida de toda su familia, añadida a la culpa de no haber hecho nada con respecto al estado mental de su mujer. Como estrategia de evitación de todo esto, creó a Teddy, una identidad alternativa que nunca tuvo hijos y que no es el asesino de su mujer. Rachel Solando es, por tanto, una representación imaginaria (una ilusión) de su esposa. Él lleva dos años internado en la isla y se descubre, también, que el policía que le acompaña durante toda la película es su psiquiatra personal.

Formulación del caso

En relación a los síntomas que presenta el personaje principal se podría diagnosticar de forma comórbida Trastorno de Estrés Postraumático, Trastorno de Duelo Complejo Persistente y Esquizofrenia.

El trastorno inicial sería el Trastorno de Estrés Postraumático (Beckmann, 2010; Lutz, 2013; White, 2021). La muerte inesperada de un ser querido es la experiencia traumática más frecuente, ya que es estresante, súbita y repentina (Javidi, 2012). En estos casos, las reacciones de duelo son una combinación más compleja de depresión y TEPT

(Kaltman et al. 2003). Además, experimentar un nivel moderado o severo de depresión después de una muerte inesperada aumenta el riesgo de desarrollar TEPT (Anzures et al. 2017).

Añadido al evento traumático por la pérdida de su familia, el protagonista presenta síntomas de TEPT relacionados con los eventos que vivió en la Segunda Guerra Mundial. Se han realizado multitud de experimentos en los que se determinó que la exposición al combate y al asalto físico fueron eventos específicamente asociados con cronicidad de TEPT (Helzer et al., 1987).

Además del apoyo de la literatura previa a este diagnóstico, se puede llegar a esta conclusión al examinar los criterios del DSM-5 (2014) que cumple el personaje (Anexo 1):

Del criterio A cumple A1, A2, A3 y A4. Los criterios A1 y A3 se escenifican cuando Andrew llega a su casa y encuentra que su mujer ha matado a sus hijos, lo que le lleva a un estado de ira, pena y confusión que culmina con el asesinato de su mujer. Por lo tanto, es una experiencia que el personaje vive de forma directa y supone un evento violento a su familia. En relación con el criterio A2, Andrew ha sido expuesto a una serie de eventos traumáticos en su carrera como agente federal, incluyendo la participación en la liberación de un campo de concentración nazi al final de la Segunda Guerra Mundial, por lo que ha presenciado de manera directa el suceso ocurrido a otros. El criterio A4 se evidencia mediante la exposición repetida a eventos repulsivos en la guerra, ya que constantemente está expuesto a cadáveres.

Del Criterio B se cumplen B1, B2, B4 y B5. Respecto al criterio B1, Andrew experimenta en varias ocasiones flashbacks y recuerdos intrusivos, lo que sugiere una dificultad para procesar y manejar esos recuerdos traumáticos. El criterio B2 se cumple porque experimenta una serie de sueños angustiosos y recurrentes relacionados con la muerte de su mujer, así como con el campo de concentración. Estos sueños a menudo le despiertan de manera abrupta y parecen ser una fuente significativa de angustia y malestar emocional. El

criterio B4 determina que el trauma ha tenido un impacto significativo en la vida del personaje y ha creado una asociación emocional negativa con cualquier cosa que le recuerde el evento traumático. Esto se muestra, por ejemplo, cuando se encuentra en una celda del hospital psiquiátrico, recuerda las condiciones del campo de concentración y experimenta una fuerte ansiedad. El Criterio B5 es representado mediante las reacciones fisiológicas intensas que experimenta el protagonista en respuesta a diversos estímulos que evocan recuerdos y traumas relacionados con su pasado. Por ejemplo, cuando se encuentra con situaciones o imágenes que le recuerdan su participación en la guerra, experimenta una respuesta fisiológica significativa (aumento de la frecuencia cardíaca, sudoración, hipervigilancia y ansiedad).

Del Criterio D se cumplen D2, D4 y D7. El criterio D2 se cumple ya que en numerosas ocasiones Andrew manifiesta su desconfianza hacia el personal del centro. Además, destaca su excesivo monitoreo de amenazas. Él experimenta una gama de emociones negativas y persistentes, incluyendo miedo, ansiedad, culpa, vergüenza y rabia, las cuales forman parte de los criterios D4 y D7. Estas emociones se relacionan con su experiencia en el campo de concentración nazi y la muerte de su esposa y pueden manifestarse en forma de flashbacks, pesadillas y estados de ánimo deprimidos. Además, su estado emocional negativo persistente afecta a su capacidad para relacionarse con los demás, ya que a menudo se muestra irritable y desconfiado. Esto correlaciona con el criterio D7, que afirma la incapacidad persistente de experimentar emociones positivas.

Del Criterio E se cumplen E1, E2, E3 y E6. El Criterio E1 se refleja en los episodios de irritabilidad y arrebatos de furia, particularmente cuando se enfrenta a situaciones que desencadenan recuerdos o traumas. Estos arrebatos se manifiestan a través de agresión verbal y, en algunos casos, agresión física hacia personas u objetos de su entorno. Cumple el criterio E2 debido a que en su búsqueda de la verdad y la resolución de su caso, Andrew se involucra

en acciones arriesgadas y peligrosas que ponen en riesgo su propia seguridad y bienestar, esto incluye enfrentarse a situaciones amenazantes, ignorar las advertencias de peligro y tomar decisiones impulsivas sin considerar las consecuencias, como por ejemplo descender un acantilado sin ningún tipo de protección para buscar a su compañero, quien pensaba que se había caído. En cuanto al Criterio E3, se muestran signos de hipervigilancia a lo largo de la trama. Debido a sus experiencias traumáticas pasadas, se muestra constantemente en un estado de alerta excesiva y vigilancia intensa. Está atento a los detalles, es desconfiado con su entorno y las personas que lo rodean y busca activamente signos de peligro o amenaza. El Criterio E6 referencia las alteraciones significativas del sueño. Andrew, efectivamente, tiene dificultades para conciliar el sueño, sufre de insomnio y pesadillas intensas y recurrentes relacionadas con sus traumas pasados.

Se tiene constancia de que Andrew lleva internado en el centro psiquiátrico más de dos años, por lo que se cumple el criterio F.

El Criterio G se cumple porque muestra claros signos de malestar psicológico y deterioro en su funcionamiento debido a los traumas. Su estado afecta su capacidad para relacionarse con los demás, dificulta su desempeño laboral y genera un impacto negativo en su vida cotidiana.

El Criterio H también puede cumplirse porque, aunque se tiene constancia de su consumo de alcohol como forma de evitación, no se puede inferir que esta sea la causa del trastorno.

Añadido a esto, la naturaleza del evento traumático que sufre el protagonista de “Shutter Island” provoca que se pueda diagnosticar también un Trastorno de Duelo Complejo Persistente. Según el DSM-5 (2014), “es más frecuente que el TEPT aparezca coincidiendo con el Trastorno de Duelo Complejo Persistente cuando la muerte tuvo lugar en circunstancias traumáticas o violentas”. Se especifica que debido a las circunstancias de esta

muerte, se trata de un duelo traumático. Worden, et al. (2013) determinaron que después de la muerte de un cónyuge hay un incremento de los síntomas y, además, varios estudios concluyen que la pérdida inesperada provocada por actos violentos es la que tiene más probabilidades de generar dificultades crónicas tras el suceso (Rynearson y McCreery, 1993; Spooren, et al., 2000; Pfefferbaum et al., 2001).

En relación a lo comentado anteriormente, podemos examinar los criterios del Trastorno de Duelo Complejo Persistente del DSM-5 (2014) que cumple el personaje (Anexo 2). Comienza especificando que es diagnosticable si han pasado al menos 12 meses desde la muerte de alguien cercano (Criterio A). En este caso, Andrew experimentó primero la muerte de sus tres hijos -de manera indirecta-, y posteriormente la de su mujer, Dolores Chanal, quien fue disparada por él mismo debido al estado de ira y confusión en el que se encontraba.

Por ello, experimenta una angustia y un anhelo persistentes por las pérdidas (criterio B1). También experimenta flashbacks de su vida con su esposa así como de su muerte durante toda la película, lo que sugiere una incapacidad para aceptar su pérdida y seguir adelante y se refleja en una pena intensa y llanto frecuente. De la misma manera, esto se relaciona con la tristeza y el dolor que presenta el personaje, quien muestra signos de angustia emocional cuando la recuerda. Estos se pueden escenificar con las recurrentes pesadillas y alucinaciones que sufre (Criterio B2). Por otra parte, el protagonista muestra constantes signos de preocupación por el bienestar de su esposa (criterio B3), a pesar de que ella ha fallecido. Lo que se muestra en sus flashbacks y alucinaciones, donde a menudo se imagina a su esposa en peligro o necesitando ayuda. Del mismo modo, tiene dificultades para aceptar su muerte y parece estar luchando por dejarla ir (criterio B4).

Adicionalmente, muestra muchos signos que se relacionan con un malestar reactivo a la muerte, los cuales representan varios de los subcriterios del criterio C del trastorno. A lo largo de la película se ve como reniega constantemente que había tenido hijos y que él es el

culpable de la muerte de su esposa (criterio C1). Asimismo, le cuesta mucho procesar y aceptar la realidad y los sucesos ocurridos (criterio C2). En muchos momentos se escenifica la rabia contenida del personaje, expresada en forma de agresividad (criterio C4). También muestra una evitación excesiva al recuerdo de la pérdida de sus hijos, por medio de la creación de una nueva identidad (criterio C6). El criterio C, también guarda relación con la alteración social y de la identidad. Andrew muestra una desconfianza constante hacia los profesionales que trabajan en el centro (criterio C8) y, además, aunque no se comenta en la película, se puede intuir que ha perdido todas las relaciones que mantenía antes del suceso y no ha sido capaz de formar nuevas (criterio C9).

De la misma manera, manifiesta incapacidad para interactuar socialmente y deterioro de su bienestar general. El protagonista enfrenta dificultades emocionales, cognitivas y conductuales que afectan su funcionamiento diario y causan malestar psicológico (criterio D).

Por último, la creación de una nueva identidad se considera como una reacción desproporcionada en comparación a la mayoría de las reacciones de duelo, que se consideran más habituales (criterio E).

Todos los criterios comentados anteriormente guardan relación con el propio proceso del duelo, el cual se trata de el intenso anhelo o deseo de la persona fallecida, sintiendo desconsuelo y dolor emocional (DSM-5, 2014), siendo una reacción natural y normal ante la pérdida de alguien o algo significativo en nuestras vidas. En la película, se muestra cómo el personaje principal experimenta las diferentes etapas del proceso del duelo definidas por Kübler-Ross (1969) a medida que trata de aceptar la pérdida de su esposa y sus hijos. Su desarrollo consta de cinco etapas, de las cuales el paciente no tiene por qué experimentar todas, no tiene por qué hacerlo en un orden establecido y puede regresar a etapas ya experimentadas.

La primera etapa del proceso del duelo es la negación, donde la persona se niega a aceptar la realidad de la pérdida. En la película, vemos cómo el personaje principal crea una realidad en la que no ha tenido hijos y en la que no es responsable de la muerte de su esposa.

La segunda etapa es la ira, este proceso se caracteriza por proyectar enfado hacia otras personas, de esta manera se evitan estados de dolor, aflicciones y desesperaciones personales de tener que aceptar el hecho de que la vida deberá continuar. El personaje de Andrew muestra comportamientos muy hostiles y es propenso a agredir, sobre todo a los médicos y a los internos del hospital psiquiátrico.

La tercera es la negociación, donde la persona trata de ganar tiempo antes de aceptar la situación y reprime toda su emocionalidad. En este sentido, en el largometraje son frecuentes las alucinaciones con sus hijos fallecidos, sin embargo, él no los reconoce del todo. Es decir, se fija en ellos, pero no es emocionalmente consciente de que son sus hijos.

La cuarta etapa es la depresión, donde Andrew se siente triste y desesperado por la pérdida.

La quinta y última fase es la aceptación. No se deja claro si el protagonista acepta su realidad o no, sin embargo, no alcanza esta etapa en ninguno de los dos casos. Si se entiende que no la acepta, por ende, tampoco acepta la pérdida, y si, por el contrario, se entendiera que sí acepta la realidad, se muestra que no es capaz de aceptar la pérdida en la frase “¿Qué sería peor, vivir como un monstruo o morir como un buen hombre?”, donde queda claro que la carga emocional de la situación le habría superado.

Para finalizar, el protagonista de la película también sufre de síntomas psicóticos tales como alucinaciones y delirios. La aparición de síntomas psicóticos es más probable en pacientes con TEPT que en población general (Frais Ibáñez et al., 2014). Un estudio realizado con refugiados también determinó que existía prevalencia de síntomas psicóticos en

pacientes con TEPT y depresión frente a los que no presentaban estos trastornos (Orr et al., 2019).

Según los criterios del DSM-5 (2014), el diagnóstico relacionado más afín es el de esquizofrenia (Anexo 3). Investigaciones anteriores respaldan esta afirmación (Nolla, 2018; Rahmi y Arianto, 2019; Santiah et al., 2021). El protagonista manifiesta los dos primeros síntomas del criterio A de la esquizofrenia: delirios y alucinaciones.

En cuanto a los delirios, presenta contenido de tipo persecutorio. El tema central de este tipo de delirio implica la creencia del individuo de que están conspirando en su contra, o que le engañan, le espían, le siguen, le envenenan o drogan, le difaman, le acosan o impiden que consiga objetivos a largo plazo. En la película se muestra a Andrew siempre alerta, cree que todo es una conspiración contra él y no se fía de nadie.

Según su forma, son delirios primarios o verdaderos, es decir, constan de una creencia que se instala en el paciente y se convierte en el eje de la vida de este. Produce una ruptura muy marcada entre la idea biográfica antes del delirio y la que se desarrolla después del delirio (Jasper, 1963). Cumple, con certeza, seis de los siete criterios de los delirios (Oltmanns, 1988):

- Otros los consideran absolutamente increíbles: él dice vivir en Boston cuando en realidad reside en el psiquiátrico de la isla.
- No son compartidos por otros: el resto de personajes de la película coinciden en que es todo una invención del protagonista, ninguno cree que su historia sea cierta.
- Generan involucración emocional.
- Tienen referencias personales más que políticas, religiosas o científicas no convencionales.
- Generan malestar subjetivo o interfieren.
- No se hacen esfuerzos subjetivos para resistirse a ellas.

El último criterio es el que determina que el paciente se mantiene con convicción firme frente a evidencia en contra. En este caso, esta convicción se da a lo largo de toda la película y antes de esta. Al final, le evidencian la realidad al protagonista, pues hacer frente a esta forma parte del tratamiento. Sin embargo, no queda completamente claro si este la acepta y la asume o si continúa con su creencia a pesar de las pruebas en contra. Por ende, no se puede asegurar si se cumple o no este último criterio.

Por otra parte, las alucinaciones las sufren personas a las que su entorno les engaña. Perciben las alucinaciones como auténticas, ya que no son capaces de diferenciar lo real de lo ficticio. Se dividen en perceptivas e intelectuales o del pensamiento. Las perceptivas son alucinaciones, corpóreas, engañosas, que no surgen de la transformación de una percepción real y que se presenta junto a estas. Las intelectuales son las alucinaciones como creencias. El protagonista presenta alucinaciones de tipo mixto, es decir, la suma de ambas. Estas se definen como percepciones sin objeto que implican, también, la convicción del paciente (Marchais, 1970).

Continuando con los criterios diagnósticos de la esquizofrenia del DSM-5 (2014), el criterio B determina que *“durante una parte significativa del tiempo desde el inicio del trastorno, el nivel de funcionamiento en uno o más ámbitos principales está muy por debajo del nivel alcanzado antes del inicio”*. En este caso, el trabajo y las relaciones se ven completamente afectados. El protagonista era agente de policía y tuvo que ser internado en el psiquiátrico, por lo que dejó de ejercer. Además, durante la película no desarrolla ningún vínculo afectivo e interpersonal positivo y se da a entender que no lo ha hecho durante los dos años que lleva ingresado. La única relación que aparenta tener es con el que creía su compañero de trabajo, pero se trataba de su psiquiatra, que le estaba acompañando y vigilando, por tanto, no es real.

En el Criterio C se especifica la duración que debe haber tenido los signos continuos del trastorno, siendo esta de un mínimo de seis meses. En la película se explica que han sido más de dos años. Además, en este periodo se debe incluir al menos un mes de síntomas de fase activa. En este caso, esto también se cumple, pues presenta los síntomas durante los dos años de internamiento.

Aludiendo a los Criterios D, E y F, se descarta el trastorno esquizoafectivo y el depresivo bipolar porque no se producen episodios depresivos ni maníacos, se determina que el trastorno no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o a otra afección médica y no hay antecedentes de trastorno del espectro autista.

Literatura previa (Pelz, 2017; White, 2021) defiende que Andrew presenta un trastorno de identidad disociativo, sin embargo, en el DSM-5 (2014), el criterio A especifica que la disociación se puede explicar como una experiencia de posesión, algo que no se evidencia en la película. Además, el diagnóstico diferencial entre este trastorno y los trastornos psicóticos explica que *“los individuos con trastorno de identidad disociativo experimentan estos síntomas como causados por identidades alternativas, no tienen explicaciones delirantes de los fenómenos y a menudo describen los síntomas de una forma personificada (p. ej., “me siento como si alguien más quisiera llorar con mis ojos)”*. En este caso, el personaje principal sí tiene explicaciones delirantes de lo sucedido, por tanto, se puede considerar que no presenta este trastorno.

Metodología de Evaluación: Instrumentos

Se acepta, por tanto, que el sujeto del estudio presenta tres trastornos comórbidos diferenciados: Trastorno de Estrés Postraumático, Trastorno de Duelo Complejo Persistente y Esquizofrenia. Para la evaluación se recomendaría, en primer lugar, -pues es compatible con

el visionado de la película- la observación. La observación clínica tiene un procedimiento estandarizado, que consta de cuatro fases:

1. Delimitación de la conducta que se pretende observar: en esta fase habría que especificar las conductas clínicamente relevantes para los diagnósticos propuestos.
2. Decisión sobre el muestreo del tiempo y situaciones en las que se observará la conducta.
3. Elección de instrumentos de registro más convenientes a la conducta y a la situación: la conducta no solo se observa, se debe registrar. Para eso, la elección de la manera más adecuada de hacer el registro es clave.
4. Observadores entrenados: deben ser personas entrenadas en observación las que se hagan cargo de esta.

A pesar de no poder aplicar instrumentos específicos al no tratarse de un caso real, si lo fuera, sería recomendable utilizar:

Entrevista Clínica Estructurada para trastornos del DSM-5 - Versión Clínica (SCID-5-CV) (First et al. 2016): una entrevista semi-estructurada creada específicamente para ser utilizada en el ámbito clínico como guía diagnóstica basada en los trastornos del DSM-5 (2014). Debe ser realizada por un profesional entrenado. A pesar de que esta es la mejor opción, no existe versión en español. Sin embargo, la versión para la investigación (Structured Clinical Interview - 5 - Research Version (First et al. 2015)) sí existe en español y, aunque está enfocada en la investigación, es válida para el diagnóstico clínico.

PANSS. Escala para el Síndrome Positivo y Negativo de la Esquizofrenia (Kay et al. 1987): esta prueba consta de 30 ítems, los cuales aportan información sobre síntomas positivos (PANSS-P) y síntomas negativos (PANSS-N) de la esquizofrenia, así como la predominancia de un síntoma u otro (PANSS-C) y la aparición de otro tipo de síntomas

(PANSS-PG). De esta manera, realiza una evaluación del trastorno tanto de manera categorial como dimensional. En primer lugar, se clasifica el trastorno según sus características predominantes, que pueden ser positivas (alucinaciones, delirios, etc), negativas (menos motivación, afectación emocional, etc) o mixtas. Esta clasificación proporciona una visión general de los síntomas principales presentes en el individuo. Además, la evaluación también considera la dimensión de gravedad de los síntomas, lo que implica valorar la intensidad y el impacto de los síntomas en la vida cotidiana del individuo.

CIT. Cuestionario del Impacto del Trauma (Crespo et al. 2020): esta es la prueba de referencia para la evaluación integral del trastorno de estrés postraumático (TEPT) y la sintomatología asociada. Evalúa sintomatología postraumática, sintomatología frecuentemente asociada con trauma, alteraciones en las creencias y deterioro en el funcionamiento.

EGEP-5. Evaluación Global de Estrés Postraumático (Crespo et al. 2017): esta prueba permite una evaluación de la sintomatología y diagnóstico del trastorno por estrés postraumático (TEPT) según los criterios del DSM-5 (2014) en víctimas adultas de distintos acontecimientos traumáticos.

IDC. Inventario de Duelo Complicado (García et al. 2009): se trata de una prueba para el diagnóstico del Trastorno de Duelo Complejo Persistente, al diferenciarlo del duelo normal. Se trata de un inventario que el paciente se auto-administra, que consta de 19 ítems a responder en una escala tipo Likert, donde 0 es “nada”, y 4 es “siempre”.

Tratamiento

En la película se muestra que el paciente es tratado con Clorpromazina, un fármaco de la primera generación de antipsicóticos que es efectivo en el tratamiento de la esquizofrenia, tiene moderados efectos negativos y, además, se ha demostrado que retirar la medicación

conlleva muchos riesgos (Almerie et al. 2008). A pesar de esto el largometraje está ambientado en una época en la que los efectos del fármaco no habían sido estudiados en profundidad, por lo que interrumpen el tratamiento y lo sustituyen por un juego de roles con el objetivo de que el paciente se enfrente a su realidad. Tras el aparente fallo de este intento, se plantea como último recurso la lobotomía frontal, una cirugía que secciona quirúrgicamente uno o más fascículos nerviosos de uno o más lóbulos cerebrales (Real Academia Nacional de Medicina, 2012).

La esquizofrenia “*es una enfermedad crónica, incurable, pero controlable*” (Secretaría de Salud de México, 2002). El tratamiento de esta consiste de cuatro enfoques: reducir los síntomas psicóticos, afrontar los efectos secundarios de los fármacos, reajustar el impacto de la enfermedad en la persona y en su entorno y mejorar el funcionamiento y la calidad de vida (Petkari, 2010). Por ello, disminuir los síntomas de este trastorno sería el primer objetivo del tratamiento. Cabe destacar que el paciente presenta solamente síntomas positivos (delirios, alucinaciones, aumento de la conducta agresiva), los cuales responden mejor al tratamiento farmacológico. Se le administra el fármaco clorpromazina y, mientras el tratamiento está activo, estos síntomas se mantienen: cree ser Teddy Daniels, vivir en Boston, ejercer como agente de policía y haber sido víctima de un crimen realizado por otra persona. Sin embargo, cuando se retira el fármaco, aumenta la gravedad de estos: comienza a investigar el caso, empeora el delirio persecutorio, desconfía de todos a su alrededor, se vuelve más agresivo, etc. Además, sufre de abstinencia por la retirada del medicamento. Por tanto, se puede concluir que el tratamiento con neurolépticos estaba siendo efectivo pero debería haber sido proporcionado junto a alguna terapia psicológica. Existen tratamientos que han demostrado ser efectivos para la esquizofrenia, sin embargo, hay que tener en cuenta que el paciente presenta, también, TEPT. Por tanto, el tratamiento ideal sería el que permita trabajar con ambos trastornos a la vez. Se ha demostrado que los tratamientos centrados en el

trauma son efectivos en pacientes con trastornos psicóticos graves comórbidos con TEPT. Específicamente, la exposición prolongada y la Terapia de Desensibilización y Reprocesamiento del Movimiento Ocular (EMDR) provocan una disminución de los síntomas de ambos trastornos que se mantiene hasta los 12 meses de seguimiento (van den Berg et al. 2018).

Añadido a esto, se ha encontrado que las terapias cognitivo conductuales son efectivas para el tratamiento de la esquizofrenia (Pfammatter et al. 2006), el TEPT (Vazquez-Aquino, 2016; Gesteira et al. 2018) y el Trastorno de Duelo Complejo Persistente (Sanabria, 2022). Debido a esto, podría ser adecuado incluirlas en el plan terapéutico. Sin embargo, siempre debe estar presente la posibilidad de que el paciente no mejore con tratamientos convencionales (Quintero et al. 2011).

Discusión

El propósito principal de este informe es exponer una hipotética situación con un planteamiento que sirva como base inicial para un análisis exhaustivo realizado por estudiantes universitarios en proceso de formación, orientado y asesorado por el cuerpo docente, mediante una metodología de Aprendizaje Basado en Proyectos a través de un enfoque experimental.

Este estudio nos muestra la realidad de Andrew Laeddis, protagonista de la película, quien ha sufrido una serie de situaciones traumáticas (efectos de la guerra, muerte de sus hijos y asesinato de su mujer), que le han llevado a padecer una sintomatología bastante compleja. De esta manera, según los criterios del DSM-5 (2014), la conducta y síntomas patológicos son compatibles con un Trastorno de Estrés Postraumático, Trastorno de Duelo Complejo Persistente y Esquizofrenia comórbidos. En el largometraje se muestran los tratamientos utilizados, que se deben entender en su contexto histórico. Se nombran algunos

innovadores -en su momento- como la Clorpromazina y otros ya establecidos como la Lobotomía Frontal (Banerjee, 2023). En este estudio se recomiendan otros tratamientos más adecuados para el contexto actual, sin embargo, todo indica un pronóstico negativo, pues lleva mucho tiempo dentro de su propia realidad, con su nueva identidad creada y no tiene ningún aliciente externo para cambiar dicha situación.

A partir de lo comentado, es relevante hablar del cine como espejo de la realidad, pues a lo largo de la historia ha sido una herramienta usada para representar aspectos importantes de los contextos sociales de cada época. Sin embargo, este reflejo puede estar distorsionado dado que no dejan de ser obras en las que director y guionistas se encuentran con la libertad de realizar una representación alterada de los hechos, exagerándolos o menospreciándolos, con la finalidad de que cause un mayor impacto emocional al público. Por lo tanto, todas las realidades que se muestran en el cine van a estar influenciadas por el punto de vista subjetivo del cineasta. A pesar de esto, se considera al cine como un acercamiento didáctico enriquecedor al estudio de casos, sin ser un recurso sustituto de la enseñanza tradicional, sino un complemento de esta que estimula la participación y el compromiso de los estudiantes.

Mediante la realización de este estudio, se ha reiterado la utilidad del cine para este fin, ya que se ha trabajado profundamente y con interés en las diversas partes del proceso de estudio clínico del paciente. Teniendo en cuenta las limitaciones que este ha tenido, ya que no se trata de un caso real, puede ayudar enormemente a afianzar conocimientos, motivar a los estudiantes y fomentar el desarrollo de habilidades críticas de pensamiento y análisis. Se recomienda incorporar métodos audiovisuales en la enseñanza, ya que los estudiantes pueden aprender de manera más accesible y amena, lo que les permite adquirir un conocimiento más profundo y significativo (Lavado, 2020).

Referencias

- Almerie, M. Q., Alkhateeb, H. y Rezk, E. (2008). *Interrupción de la medicación para pacientes con esquizofrenia que permanecen estables con clorpromazina*. La Biblioteca Cochrane Plus.
- American Psychological Association [APA]. (2014). *Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5)*. Editorial Médica Panamericana.
- Anzures, M. I. E. R., Espinoza, I. G. L., Gutiérrez, Á. A. A. y Baltazar, C. A. J. (2017). Estudio Comparativo del Trastorno de Estrés Postraumático en Familiares de Fallecidos por muerte esperada vs Muerte Inesperada. *Revista Mexicana de Medicina Forense y Ciencias de la Salud*, 2(2).
- Arroio, A. (2007). The role of cinema into science education. *Problems of Education in the 21st Century*, 1, 25-30.
- Arroio, A. (2010). Context based learning: A role for cinema in science education. *Science Education International*, 21(3), 131-143.
- Barnerjee, S. (12 de mayor de 2023). *How Much Real Psychology Is In The Movie 'Shutter Island'?*. ScienceABC.
<https://www.scienceabc.com/humans/movies/how-much-real-psychology-is-in-the-movie-shutter-island.html>
- Beckmann, K. (2010). Shutter Island. *Australasian Psychiatry : Bulletin of the Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists*, 18(5), 467.
- Crespo, M., González-Ordi, H., Gómez-Gutierrez, M. y Santamaría, P. (2020). *Cuestionario de Impacto del Trauma CIT*. TEA Ediciones.
- Crespo, M., Gómez, M. M. y Soberón, C. (2017). *Cuestionario de Evaluación Global de Estrés Postraumático EGEP (5a Ed.)*. TEA Ediciones.

- First M. B., Williams J. B. W., Karg R. S. y Spitzer R. L. (2015). *Structured Clinical Interview for DSM-5 - Research Version* (SCID-5 for DSM-5, Research Version; SCID-5-RV) (Telesage, Adaptador). American Psychiatric Association.
- First M. B., Williams J. B. W., Karg R. S. y Spitzer R. L. (2016). *Structured Clinical Interview for DSM-5 Disorders, Clinician Version (SCID-5-CV)*. American Psychiatric Association.
- Frais Ibáñez, A., Palma Sevillano, C., Giné Servén, E. y Aluco Sánchez, E. (2014). Trauma, posttraumatic stress disorder and psychosis: etiopathogenic and nosological implications. *The European Journal of Psychiatry*, 28(1), 27-38. doi: <https://dx.doi.org/10.4321/S0213-61632014000100003>
- García, J. L., Reverte, M. L., García, J. G., Méndez, J. M. y Prigerson, H. G. (2009). Adaptación al castellano del inventario de duelo complicado. *Medicina Paliativa*, 16(5), 291-297.
- Gesteira, C., García-Vera, M. P., y Sanz, J. (2018). Porque el Tiempo no lo Cura Todo: Eficacia de la Terapia Cognitivo-conductual Centrada en el Trauma para el Estrés postraumático a muy Largo Plazo en Víctimas de Terrorismo. *Clínica y Salud*, 29(1), 9-13.
- Helzer, J. E., Robins, L. N. y McEvoy, L. (1987). Posttraumatic stress disorder in the general population. *New England Journal of Medicine*, 317(26), 1630-1634.
- Javidi, H. y Yadollahie, M. (2012). Posttraumatic stress disorder. *International Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 3(1), 2-9.
- Jaspers, K. (1963). *General psychopathology* (J. Hoenig y M. W. Hamilton, Trans.). The Johns Hopkins University Press.
- Kaltman, S., Bonanno, G. A. (2003). El trauma y duelo: Examinar el impacto de las muertes súbitas y violentas. *Journal of Anxiety Disorders* 17, 131-147.

- Kay S. R., Fiszbein A. y Opler L. A. (1987). The Positive and Negative Síndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin* 13, 261-276.
- Kübler-Ross, E. (1969). *On Death and Dying*. Macmillan.
- Lavado, L. (2020). Uso del cine como herramienta en el proceso de enseñanza-aprendizaje en los doctorados de Medicina y Ciencias de la Salud. *Horizonte Médico*, 20(3), 1306. doi: <https://dx.doi.org/10.24265/horizmed.2020.v20n3.09>
- Leach, J. y Scott, P. (2003). Individual and sociocultural views of learning in science education. *Science & Education*, 12, 91-113.
- Lehane, D. (2003). *Shutter Island*. William Morrow and Company.
- Lutzel, J. (2013). *Madness as a Way of Life: Space, Politics, and the Uncanny in Fiction and Social Movements*.
- Marchais, P. (1970). *Glossaire de psychiatrie*. Masson et Cie.
- Morra, L.G. y Friedlander, A.C. (2001). *Evaluaciones mediante estudios de caso*. Washington: Banco Mundial.
- Nolla, X. (2018). *Análisis estructural y comparativo de la novela Shutter Island y su adaptación cinematográfica de 2010*. [Trabajo Fin de Grado, Universitat Autònoma de Barcelona].
- Oltmanns, T. F. y Maher, B. A. (Eds.). (1988). *Delusional beliefs*. John Wiley & Sons.
- Orr, S. D., Weerasinghe, C., Allchin, B. y Miles, C. L. (2019). The relationship between posttraumatic stress disorder and psychotic symptoms in refugees and asylum seekers. *Journal of Psychiatric Research*, 114, 157-164. doi: <https://doi.org/10.3109/08039488.2010.533385>
- Pelz, B. (2017). *Delusional Disorder*. Abnormal Psychology.
- Perez, N. (2017). *El cine como recurso en la enseñanza de la física* [Trabajo Final de Máster, Universidad de Salamanca].

- Petkari, E. (2010). *Determinantes longitudinales de calidad de vida en esquizofrenia: un análisis prospectivo del estudio EUNOMIA*. [Tesis doctoral, Universidad de Granada.]
- Pfammatter, M., Junghan, U. & Dieter, H. (2006). Efficacy of Psychological Therapy in Schizophrenia: Conclusions From Metaanalyses. *Schizophrenia Bulletin*, 32(1), 64-80.
- Pfefferbaum, B., Call, J. A., Lensgraf, S. J., Miller, P. D., Flynn, B. W., Doughty, D. E., Tucker, P. y Dickson, W. L. (2001). Traumatic grief in a convenience sample of victims seeking support services after a terrorist incident. *Annals of Clinical Psychiatry*, 13, 19-24.
- Quintero, J., Barbudo, E., López, M. y López, J. (2011). La evolución del concepto de Esquizofrenia Resistente al tratamiento. *Actas de psiquiatría*, 39(4), 236-250
- Rahmi, E. y Arianto, T. (2019). Schizophrenia Symptoms Acute in Andrew Alias Andrew in The “Shutter Island” Novel by Dennis Lehane. *Journal Basis*, 6(2), 225-236.
- Real Academia Nacional de Medicina de España [RANM]. (2012). *Diccionarios de Términos Médicos*. Editorial Médica Panamericana.
- Rodríguez, C. (2008). *El cine como recurso pedagógico*. Biblioteca Virtual Miguel de Cervantes.
- Rynearson, E. K. y McCreery, J. M. (1993). Bereavement after homicide: A synergism of trauma and loss. *American Journal of Psychiatry*, 150, 258-261.
- Sanabria, A. J. (2022). *Eficacia de la terapia cognitivo conductual en el abordaje del duelo persistente en adultos: una revisión sistemática*. [Tesis Doctoral, Fundación Universitaria Konrad Lorenz].
- Santiah, S., Rozelin, D. y Azlan, U. (2021). *The Schizophrenia of the Main Character In The Movie Shutter Island By Martin Scorsese* [Tesis Doctoral, UIN Sulthan Thaha Saifuddin Jambi].

- Scorsese, M. (Director). (2010). *Shutter Island* [Película]. Phoenix Pictures; Paramount; Appian Way; Sikelia Productions.
- Secretaria de Salud de México (2002). *Programa específico de esquizofrenia*. México, D.F.
- Serra, G. M. D. y Arroio, A. (2008). *The environment portrayed in the film and the science education*. XIII IOSTE Symposium Proceedings: The use of Science and Technology Education for Peace and Sustainable Development, 1185-1191. Kusadasi, Turkey.
- Spooren, D. J., Henderick, H. y Jannes, C. (2000). Survey description of stress of parents bereaved from a child killed in a traffic accident: A retrospective study of a victim support group. *Omega*, 42, 171-185.
- van den Berg, D., de Bont, P. A. J. M., van der Vleugel, B. M., de Roos, C., de Jongh, A., van Minnen, A. y van der Gaag, M. (2018). Long-term outcomes of trauma-focused treatment in psychosis. *The British Journal of Psychiatry*, 212(3), 180-182. doi: [10.1192/bjp.2017.30](https://doi.org/10.1192/bjp.2017.30)
- Vazquez-Aquino, S. (2016). Estrés postraumático en veterano de guerra tratado con “Memoria-Tiempo-Procesamiento”(técnica cognitivo conductual). *Psicología Básica y Aplicada* 2(1), 9-21.
- White, T. (2021). Shutter Island: A Diagnostic Approach. *Final Paper ShutterIsland TW*.
- Worden, J. W., Aparicio, Á. y Barberán, G. S. (2013). *El tratamiento del duelo: asesoramiento psicológico y terapia*. Paidós.

Anexos

Anexo 1. Criterios del DSM-5 de trastorno de estrés post-traumático

Trastorno de estrés postraumático

Criterios diagnósticos

309.81 (F43.10)

Trastorno de estrés postraumático

Nota: Los criterios siguientes se aplican a adultos, adolescentes y niños mayores de 6 años. Para niños menores de 6 años, véanse los criterios correspondientes más adelante).

A. Exposición a la muerte, lesión grave o violencia sexual, ya sea real o amenaza, en una (o más) de las formas siguientes:

1. Experiencia directa del suceso(s) traumático(s).
2. Presencia directa del suceso(s) ocurrido(s) a otros.
3. Conocimiento de que el suceso(s) traumático(s) ha ocurrido a un familiar próximo o a un amigo íntimo. En los casos de amenaza o realidad de muerte de un familiar o amigo, el suceso(s) ha de haber sido violento o accidental.
4. Exposición repetida o extrema a detalles repulsivos del suceso(s) traumático(s) (p. ej., socorristas que recogen restos humanos; policías repetidamente expuestos a detalles del maltrato infantil).

Nota: El Criterio A4 no se aplica a la exposición a través de medios electrónicos, televisión, películas o fotografías, a menos que esta exposición esté relacionada con el trabajo.

B. Presencia de uno (o más) de los síntomas de intrusión siguientes asociados al suceso(s) traumático(s), que comienza después del suceso(s) traumático(s):

1. Recuerdos angustiosos recurrentes, involuntarios e intrusivos del suceso(s) traumático(s).

Nota: En los niños mayores de 6 años, se pueden producir juegos repetitivos en los que se expresen temas o aspectos del suceso(s) traumático(s).

2. Sueños angustiosos recurrentes en los que el contenido y/o el afecto del sueño está relacionado con el suceso(s) traumático(s).

Nota: En los niños, pueden existir sueños aterradores sin contenido reconocible.

3. Reacciones disociativas (p. ej., escenas retrospectivas) en las que el sujeto siente o actúa como si se repitiera el suceso(s) traumático(s). (Estas reacciones se pueden producir de forma continua, y la expresión más extrema es una pérdida completa de conciencia del entorno presente.)

Nota: En los niños, la representación específica del trauma puede tener lugar en el juego.

4. Malestar psicológico intenso o prolongado al exponerse a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso(s) traumático(s).
 5. Reacciones fisiológicas intensas a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso(s) traumático(s).
- C. Evitación persistente de estímulos asociados al suceso(s) traumático(s), que comienza tras el suceso(s) traumático(s), como se pone de manifiesto por una o las dos características siguientes:
1. Evitación o esfuerzos para evitar recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca o estrechamente asociados al suceso(s) traumático(s).
 2. Evitación o esfuerzos para evitar recordatorios externos (personas, lugares, conversaciones, actividades, objetos, situaciones) que despiertan recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca o estrechamente asociados al suceso(s) traumático(s).
- D. Alteraciones negativas cognitivas y del estado de ánimo asociadas al suceso(s) traumático(s), que comienzan o empeoran después del suceso(s) traumático(s), como se pone de manifiesto por dos (o más) de las características siguientes:
1. Incapacidad de recordar un aspecto importante del suceso(s) traumático(s) (debido típicamente a amnesia disociativa y no a otros factores como una lesión cerebral, alcohol o drogas).
 2. Creencias o expectativas negativas persistentes y exageradas sobre uno mismo, los demás o el mundo (p. ej., "Estoy mal", "No puedo confiar en nadie", "El mundo es muy peligroso", "Tengo los nervios destrozados").
 3. Percepción distorsionada persistente de la causa o las consecuencias del suceso(s) traumático(s) que hace que el individuo se acuse a sí mismo o a los demás.
 4. Estado emocional negativo persistente (p. ej., miedo, terror, enfado, culpa o vergüenza).
 5. Disminución importante del interés o la participación en actividades significativas.
 6. Sentimiento de desapego o extrañamiento de los demás.
 7. Incapacidad persistente de experimentar emociones positivas (p. ej., felicidad, satisfacción o sentimientos amorosos).
- E. Alteración importante de la alerta y reactividad asociada al suceso(s) traumático(s), que comienza o empeora después del suceso(s) traumático(s), como se pone de manifiesto por dos (o más) de las características siguientes:
1. Comportamiento irritable y arrebatos de furia (con poca o ninguna provocación) que se expresan típicamente como agresión verbal o física contra personas u objetos.
 2. Comportamiento imprudente o autodestructivo.
 3. Hipervigilancia.
 4. Respuesta de sobresalto exagerada.
 5. Problemas de concentración.
 6. Alteración del sueño (p. ej., dificultad para conciliar o continuar el sueño, o sueño inquieto).
- F. La duración de la alteración (Criterios B, C, D y E) es superior a un mes.
- G. La alteración causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
- H. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., medicamento, alcohol) o a otra afección médica.

Especificar si:

Con síntomas disociativos: Los síntomas cumplen los criterios para el trastorno de estrés post-traumático y, además, en respuesta al factor de estrés, el individuo experimenta síntomas persistentes o recurrentes de una de las características siguientes:

1. **Despersonalización:** Experiencia persistente o recurrente de un sentimiento de desapego y como si uno mismo fuera un observador externo del propio proceso mental o corporal (p. ej., como si se soñara, sentido de irrealidad de uno mismo o del propio cuerpo, o de que el tiempo pasa despacio).
2. **Desrealización:** Experiencia persistente o recurrente de irrealidad del entorno (p. ej., el mundo alrededor del individuo se experimenta como irreal, como en un sueño, distante o distorsionado).

Nota: Para utilizar este subtipo, los síntomas disociativos no se han de poder atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., desvanecimiento, comportamiento durante la intoxicación alcohólica) u otra afección médica (p. ej., epilepsia parcial compleja).

Especificar si:

Con expresión retardada: Si la totalidad de los criterios diagnósticos no se cumplen hasta al menos seis meses después del acontecimiento (aunque el inicio y la expresión de algunos síntomas puedan ser inmediatos).

Trastorno de duelo complejo persistente

Criterios propuestos

- A. El individuo ha experimentado la muerte de alguien con quien mantenía una relación cercana.
- B. Desde la muerte, al menos uno de los síntomas siguientes está presente más días de los que no a un nivel clínicamente significativo, y persiste durante al menos 12 meses en el caso de adultos en duelo y 6 meses para niños en duelo:
1. Anhelos/añoranza persistente del fallecido. En niños pequeños, la añoranza puede expresarse mediante el juego y el comportamiento, incluyendo comportamientos que reflejan la separación y también el reencuentro con un cuidador u otra figura de apego.
 2. Pena y malestar emocional intensos en respuesta a la muerte.
 3. Preocupación en relación al fallecido.
 4. Preocupación acerca de las circunstancias de la muerte. En los niños, esta preocupación con el fallecido puede expresarse a través de los contenidos del juego y del comportamiento, y puede extenderse a una preocupación por la posible muerte de otras personas cercanas.
- C. Desde la muerte, al menos 6 de los síntomas siguientes están presentes más días de los que no a un nivel clínicamente significativo, y persisten durante al menos 12 meses en el caso de adultos en duelo y 6 meses para niños en duelo:

Malestar reactivo a la muerte

1. Importante dificultad para aceptar la muerte. En los niños, esto depende de la capacidad del niño para comprender el significado y la permanencia de la muerte.
2. Experimentar incredulidad o anestesia emocional en relación a la pérdida.
3. Dificultades para recordar de manera positiva al fallecido.
4. Amargura o rabia en relación a la pérdida.
5. Valoraciones desadaptativas acerca de uno mismo en relación al fallecido o a su muerte (p. ej., autoinculparse).
6. Evitación excesiva de los recuerdos de la pérdida (p. ej., evitación de los individuos, lugares o situaciones asociados con el fallecido; en los niños, esto puede incluir evitar pensamientos y sentimientos acerca del fallecido).

Alteración social/de la identidad

7. Deseos de morir para poder estar con el fallecido.
 8. Dificultades para confiar en otras personas desde el fallecimiento.
 9. Sentimientos de soledad o desapego de otros individuos desde la muerte.
 10. Sentir que la vida no tiene sentido o está vacía sin el fallecido, o creer que uno no puede funcionar sin el fallecido.
 11. Confusión acerca del papel de uno en la vida, o una disminución del sentimiento de identidad propia (p. ej., sentir que una parte de uno mismo murió con el fallecido).
 12. Dificultad o reticencia a mantener intereses (p. ej., amistades, actividades) o hacer planes de futuro desde la pérdida.
- D. La alteración provoca malestar clínicamente significativo o disfunción en áreas sociales, laborales u otras áreas importantes del funcionamiento.
- E. La reacción de duelo es desproporcionada o inconsistente con las normas culturales, religiosas, o apropiadas a su edad.

Esquizofrenia

Criterios diagnósticos

295.90 (F20.9)

- A. Dos (o más) de los síntomas siguientes, cada uno de ellos presente durante una parte significativa de tiempo durante un período de un mes (o menos si se trató con éxito). Al menos uno de ellos ha de ser (1), (2) o (3):
1. Delirios.
 2. Alucinaciones.
 3. Discurso desorganizado (p. ej., disgregación o incoherencia frecuente).
 4. Comportamiento muy desorganizado o catatónico.
 5. Síntomas negativos (es decir, expresión emotiva disminuida o abulia).
- B. Durante una parte significativa del tiempo desde el inicio del trastorno, el nivel de funcionamiento en uno o más ámbitos principales, como el trabajo, las relaciones interpersonales o el cuidado personal, está muy por debajo del nivel alcanzado antes del inicio (o cuando comienza en la infancia o la adolescencia, fracasa la consecución del nivel esperado de funcionamiento interpersonal, académico o laboral).
- C. Los signos continuos del trastorno persisten durante un mínimo de seis meses. Este período de seis meses ha de incluir al menos un mes de síntomas (o menos si se trató con éxito) que cumplan el Criterio A (es decir, síntomas de fase activa) y puede incluir períodos de síntomas prodrómicos o residuales. Durante estos períodos prodrómicos o residuales, los signos del trastorno se pueden manifestar únicamente por síntomas negativos o por dos o más síntomas enumerados en el Criterio A presentes de forma atenuada (p. ej., creencias extrañas, experiencias perceptivas inhabituales).
- D. Se han descartado el trastorno esquizoafectivo y el trastorno depresivo o bipolar con características psicóticas porque 1) no se han producido episodios maníacos o depresivos mayores de forma concurrente con los síntomas de fase activa, o 2) si se han producido episodios del estado de ánimo durante los síntomas de fase activa, han estado presentes sólo durante una mínima parte de la duración total de los períodos activo y residual de la enfermedad.
- E. El trastorno no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga o medicamento) o a otra afección médica.
- F. Si existen antecedentes de un trastorno del espectro autista o de un trastorno de la comunicación de inicio en la infancia, el diagnóstico adicional de esquizofrenia sólo se hace si los delirios o alucinaciones notables, además de los otros síntomas requeridos para la esquizofrenia, también están presentes durante un mínimo de un mes (o menos si se trató con éxito).

Especificar si:

Los siguientes especificadores del curso de la enfermedad sólo se utilizarán después de un año de duración del trastorno y si no están en contradicción con los criterios de evolución diagnósticos.

Primer episodio, actualmente en episodio agudo: La primera manifestación del trastorno cumple los criterios definidos de síntoma diagnóstico y tiempo. Un *episodio agudo* es el período en que se cumplen los criterios sintomáticos.