Por qué así

HANDBOOK

Psicopatología Forense

El manual de bolsillo para repasar la asignatura antes del examen

Muestra gratuita · primeras 5 de 100 páginas

Juan Carlos del Río
Asignatura del Grado en Criminología (UNED)
porqueasi.com · noviembre de 2026

Material de estudio elaborado de forma independiente a partir del temario. No es material oficial de la universidad ni está avalado por ella. Elaborado por el autor con ayuda de herramientas de inteligencia artificial; si encuentras un error, escribe a hola@porqueasi.com.

Esquemas de examen: Psicopatología Forense

29 de octubre de 2026

1. Conceptos, modelos y clasificación de la psicopatología

1.1. Concepto de psicopatología y criterios de anormalidad

Qué es la psicopatología

Definición 1 (Psicopatología)**.** *Disciplina científica que estudia la conducta anormal y los trastornos mentales: descripción, clasificación, causas (**etiología**), mecanismos de desarrollo y mantenimiento (**patogenia**), curso y consecuencias, para comprenderlos, predecirlos y fundamentar su prevención y tratamiento. Etimología: psyché (mente) + páthos (padecimiento) + lógos (estudio).*

- **Dos vertientes** (Sandín y cols.):
  - **Ciencia básica**: busca leyes generales; es **nomotética** (investigación experimental y epidemiológica).
  - **Clínica o aplicada**: aplica ese saber al individuo concreto (evaluar, diagnosticar, explicar un caso). Es la que usa el perito.
- **Dos niveles**:
  - **Descriptiva**: identifica, define y clasifica los fenómenos (alucinación frente a ilusión).
  - **Explicativa**: formula modelos sobre por qué aparecen y se mantienen.
  - La descriptiva es **lógicamente previa**: no se explica lo que no se ha delimitado.

Unidades de análisis: del síntoma al trastorno

Síntoma, signo, síndrome, trastorno

- **Síntoma**: manifestación **subjetiva**, la refiere la persona (tristeza, "oír voces").
- **Signo**: manifestación **objetiva**, la observa o mide el evaluador (temblor, enlentecimiento, lenguaje desorganizado, analítica).
- **Síndrome**: conjunto de síntomas y signos que aparecen juntos con regularidad y evolución característica, **con independencia de su causa** (síndrome de abstinencia).
- **Trastorno**: síndrome **clínicamente significativo**, que cumple criterios de un sistema de clasificación, implica disfunción y se asocia a malestar o deterioro.
- **Enfermedad**: reservada a entidades de etiología y patogenia **conocidas**; por eso DSM y CIE prefieren "trastorno" (*disorder*).

Un síntoma aislado (p. ej., una alucinación hipnagógica al dormirse) **no** es un trastorno: hace falta agrupación estable y significación clínica.

Historia: hitos que el test pregunta

- **Demonología**: trepanación, exorcismo. *Malleus Maleficarum* (Kramer y Sprenger, **1486**). **Johann Weyer** (s. XVI): las "brujas" eran enfermas, no endemoniadas.
- **Hipócrates** (ss. V–IV a. C.): naturalismo; **cuatro humores**; describe manía, melancolía y frenitis; niega el carácter sagrado de la epilepsia. Lo sistematiza **Galeno**.
- **Valencia, 1409** (padre **Jofré**): precedente español de hospital para enfermos mentales.
- **Pinel** (1745–1826): libera de cadenas a los internos (Bicêtre, Salpêtrière); **tratamiento moral**. En Inglaterra, **Tuke** (York Retreat).
- **Kraepelin** (1856–1926): padre de la nosología moderna; por el **curso y pronóstico** separa *dementia praecox* (deterioro) de locura maníaco-depresiva (fásica, con recuperación). Antecedente del DSM.
- **Freud** (1856–1939): psicoanálisis; inconsciente, determinismo psíquico; primer gran modelo psicológico.
- **Jaspers** (1883–1969), *Psicopatología general* (**1913**): fenomenología. Distingue **comprender** (conexión de sentido, empática) y **explicar** (causal), y **desarrollo** (comprensible) frente a **proceso** (ruptura incomprensible de la biografía).

Tendencia de fondo: la "naturalización" de la locura. Solo cuando el trastorno se concibe como estado natural que altera capacidades cabe plantear la falta de responsabilidad penal.

Criterios de anormalidad

Ninguno es suficiente por sí solo; en la práctica se combinan.

Seis criterios y su punto débil

- **Estadístico**: anormal es lo infrecuente, $|z| > 2$ (más de 2 desviaciones típicas; ≈2,3 % en cada cola). *Débil*: no distingue desviación deseable (CI muy alto) de indeseable; trastornos frecuentes (ansiedad, depresión).
- **Social o normativo**: lo que viola normas. *Débil*: relativismo (homosexualidad en el DSM hasta **1973**); patologiza la disidencia.
- **Subjetivo**: lo que causa sufrimiento propio. *Débil*: malestar normal (duelo) y trastornos sin malestar ni conciencia (manía, TPA, psicosis).
- **Biológico**: alteración orgánica. *Débil*: casi no hay marcadores diagnósticos.
- **Interpersonal**: daña las relaciones. *Débil*: depende de la tolerancia del entorno; útil en personalidad.
- **Deterioro funcional**: limita trabajo, familia, autocuidado. El **más usado** y presente en casi todo el DSM ("malestar clínicamente significativo o deterioro").

Ejemplo 1 (Duelo: malestar sin trastorno)**.** ***Datos.*** *Mujer de 46 años, tres semanas tras la muerte súbita del marido: llanto diario, insomnio, hiporexia; cuida de sus hijos y ha vuelto al trabajo.* ***Análisis.*** *El criterio subjetivo la calificaría de "anormal", pero*

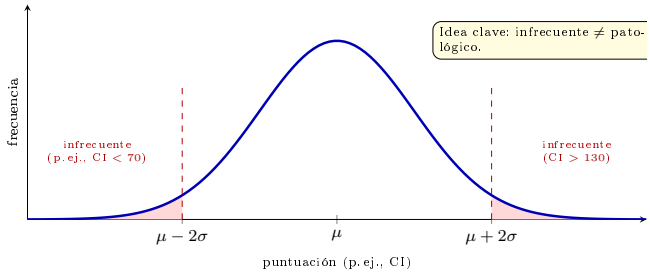


Figura 1: Criterio estadístico de anormalidad sobre una distribución normal: las zonas sombreadas, más allá de dos desviaciones típicas, son estadísticamente infrecuentes (alrededor del 2,3 % en cada cola). La cola derecha muestra la principal debilidad del criterio: lo infrecuente no siempre es patológico.

la reacción es esperable, culturalmente aceptada y sin deterioro ni disfunción; el DSM-5-TR excluye expresamente las respuestas esperables a pérdidas. ***Vigilar****: episodio depresivo mayor (inutilidad, ideación suicida) o duelo prolongado (DSM-5-TR: ≥ 12 meses en adultos).* ***Conclusión****: malestar ≠ trastorno.*

Wakefield: la disfunción perjudicial (1992)

Disfunción perjudicial

- **Disfunción** (componente **fáctico**, científico): fallo de un mecanismo mental en la función para la que lo diseñó la evolución.
- **Perjuicio** (componente **valorativo**): daño o privación según los valores sociales.
- Modelo **híbrido**: se exigen **ambos**. Disfunción sin perjuicio (variante anatómica inocua) o perjuicio sin disfunción (tristeza por pérdida, delito por lucro) **no** son trastorno.

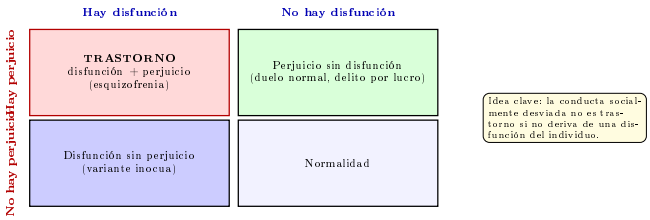


Figura 2: Análisis de Wakefield como cruce de dos condiciones. Solo la combinación de disfunción y perjuicio define un trastorno. El cuadrante del perjuicio sin disfunción es crucial en el ámbito forense: incluye la delincuencia común, que no es por sí misma patología.

Lectura forense: el cuadrante "perjuicio sin disfunción" incluye la **delincuencia común**; evita "psiquiatrizar" un delito por ser grave o extraño.

Trastorno mental en el DSM-5-TR (APA, 2022)

Definición 2 (Trastorno mental, DSM-5-TR)**.** ***Síndrome*** *con* ***alteración clínicamente significativa*** *de la cognición, la regulación emocional o el comportamiento, que refleja una* ***disfunción*** *de procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo; habitualmente con* ***malestar o discapacidad****.* ***Excluye****: (a) respuesta esperable o culturalmente aceptada a estrés o pérdida comunes; (b) desviación social (política, religiosa, sexual) y conflictos individuo-sociedad,* ***salvo*** *que deriven de una disfunción.*

- Integra los criterios: síndrome (descriptivo), disfunción (Wakefield), malestar (subjetivo), discapacidad (funcional), exclusión de lo desviado (límite del normativo).
- El DSM advierte que un diagnóstico **no implica** cumplir criterios legales de responsabilidad o capacidad.
- **Continuo normal-patológico**: la mayoría de fenómenos son **dimensionales**; el corte es convencional (intensidad, duración, frecuencia, malestar, deterioro). Una idea de persecución puede ser sospecha razonable, idea sobrevalorada o delirio según convicción, impermeabilidad y repercusión.

Psicopatología forense

Definición 3 (Psicopatología forense)**.** *Aplicación de la psicopatología al ámbito jurídico para evaluar existencia, naturaleza e intensidad de alteraciones psíquicas y su* ***relación con cuestiones legales*** *(imputabilidad, peligrosidad, capacidad civil, daño psíquico, credibilidad, internamiento), asesorando al juez mediante la prueba pericial.*

Su objeto no es el trastorno, sino el **nexo trastorno-hecho jurídico**.

Clínica frente a pericia forense

- **Cliente**: clínica, el paciente; forense, el **juez** o la parte que pide la pericia.
- **Finalidad**: terapéutica frente a **asesorar** al juzgador.
- **Confidencialidad**: amplia frente a **limitada** (el informe va al proceso; se avisa al evaluado).
- **Actitud**: voluntaria y colaboradora frente a involuntaria, con riesgo de **simulación o disimulación**.
- **Relación**: empática frente a objetiva, neutral, escéptica.
- **Tiempo**: presente-futuro frente a **retrospectivo** (estado en el momento del hecho).
- **Fuentes**: el relato frente a múltiples contrastadas (expediente, testigos, historia clínica, pruebas).

Ejemplo 2 ("Las voces me lo ordenaron")**.** ***Datos.*** *Varón de 34 años agrede a un vecino; dice que unas voces se lo ordenaron. Sin historia psiquiátrica. La defensa pide la eximente del art. 20.1 CP.* ***Paso 1****: analizar el síntoma en su síndrome (otros síntomas positivos, desorganización, negativos, curso, signos congruentes).* ***Paso 2****: diferencial: psicosis primaria, inducida por sustancias o* ***simulación*** *(relato llamativo, síntomas solo ante el evaluador, sin signos asociados, beneficio externo).* ***Paso 3****: contrastar fuentes, advertir de la no confidencialidad y centrarse en el estado mental en el momento del hecho y su relación funcional con la agresión.* ***Valoración****: solo entonces se orienta hacia eximente completa, incompleta, atenuante o nada (sección 1.4).*

Trucos y trampas para el test

- **Síntoma = Subjetivo** (los dos con S); **signo** = objetivo, lo ve el evaluador.
- **Síndrome** no implica causa conocida; **enfermedad**, sí.
- **Comprender/explicar** y **desarrollo/proceso**: **Jaspers** (1913), no Kraepelin. Kraepelin: *dementia praecox* vs. maníaco-depresiva **por el curso**.
- **Wakefield**: disfunción **y** perjuicio; el perjuicio solo no basta.
- Manía o TPA sin malestar ni conciencia de enfermedad: fallo del criterio **subjetivo**.
- En la pericia el cliente es el **órgano judicial**; la desviación política o social **no** es trastorno salvo disfunción.

Esquema

- Psicopatología: ciencia básica (nomotética) y clínica; descriptiva (previa) y explicativa.
- Síntoma (subjetivo) → signo (objetivo) → síndrome (sin causa) → trastorno (significación clínica).
- Historia: demonología → Hipócrates → Pinel → Kraepelin → Freud → Jaspers.
- Criterios: estadístico, normativo, subjetivo, biológico, interpersonal, funcional; ninguno basta.
- Wakefield: disfunción (hecho) + perjuicio (valor).
- DSM-5-TR: síndrome + alteración significativa + disfunción; excluye duelo esperable y desviación social.
- Normalidad-anormalidad: continuo dimensional con cortes convencionales.
- Forense: importa el nexo trastorno-hecho; cliente el juez, sin confidencialidad, retrospectiva, fuentes múltiples.

1.2. Modelos teóricos en psicopatología

Qué es un modelo teórico

Definición 4 (Modelo teórico)**.** *Conjunto organizado de supuestos sobre naturaleza, causas (etiología), mantenimiento y modificación de la conducta anormal, que orienta investigación, evaluación, intervención e* ***interpretación pericial****.*

- Ningún modelo es neutral: decide qué datos se recogen y qué cuenta como causa (Griesinger: "las enfermedades mentales son enfermedades del cerebro").
- Evolución: modelos **puros** (biomédico, psicodinámico, conductual, cognitivo, humanista, sistémico) → **integradores** desde los años 70 (vulnerabilidad-estrés, biopsicosocial) → **transdiagnósticos** (s. XXI). Sandín y cols. adoptan la perspectiva integradora.

Modelo biomédico

Trastorno = **enfermedad** con alteración orgánica. Éxito histórico: parálisis general progresiva (causa sifilítica, Noguchi y Moore, **1913**). Referente clásico: Kraepelin.

Evidencias del modelo biomédico

- **Genética**: heredabilidad ≈**80 %** esquizofrenia; **60–85 %** bipolar. GWAS: arquitectura **poligénica** (miles de variantes de efecto mínimo). **Caspi y cols. (2002)**: el *MAOA* de baja actividad solo aumenta la conducta antisocial en varones **maltratados** en la infancia (interacción gen-ambiente).
- **Neurotransmisores**: hipótesis **dopaminérgica** de la esquizofrenia (hiperactividad mesolímbica, síntomas positivos); **monoaminérgica** de la depresión (NA, 5-HT); baja serotonina (5-HIAA en LCR) ↔ impulsividad agresiva.
- **Neuroimagen**: ventrículos laterales aumentados en esquizofrenia; hipoactividad prefrontal y alteraciones de amígdala en violencia impulsiva y psicopatía. **Phineas Gage** (1848): lesión prefrontal ventromedial y cambio de personalidad.

Críticas: reduccionismo; marcadores poco específicos (ninguno diagnóstico); olvida el contexto; falacia *ex juvantibus* (que un fármaco alivie no prueba causa bioquímica).

Modelo psicodinámico (Freud)

- Conflictos **inconscientes** entre ello, yo y superyó, originados en la infancia y gestionados con **mecanismos de defensa** (represión, proyección, negación, desplazamiento, racionalización).
- El síntoma es una **formación de compromiso**: satisface y oculta el deseo a la vez.
- Desarrollos: psicología del yo, relaciones objetales, organización límite (**Kernberg**).
- Forense: Freud (**1916**), "los que delinquen por **sentimiento de culpa**" (buscan castigo para aliviar culpa inconsciente).
- Límite: difícil contrastación empírica ⇒ **escaso valor probatorio**.

Modelo conductual: la conducta anormal se aprende

Tres formas de aprendizaje

- **Clásico** (Pavlov): estímulo neutro + incondicionado aversivo → miedo. "Pequeño Albert" (**Watson y Rayner, 1920**). **Preparación** (Seligman, 1971): miedos filogenéticos (serpientes, alturas) se condicionan más fácil.
- **Operante** (Thorndike, Skinner): refuerzo **positivo** (añade algo grato) y **negativo** (retira algo aversivo) **aumentan** la conducta; el **castigo** la reduce.
- **Bifactorial de Mowrer**: miedo por condicionamiento clásico; evitación mantenida por **refuerzo negativo**.
- **Vicario** (Bandura): imitación de modelos; muñeco **Bobo** (1961–63), más si el modelo es recompensado.

Conductismo fundado por **Watson (1913)**: solo conducta observable.

Modelo cognitivo y cognitivo-conductual

No son los hechos sino su **interpretación** lo que genera emoción y conducta.

- **Beck**: **esquemas** disfuncionales activados por estrés → pensamientos automáticos negativos y **distorsiones** (inferencia arbitraria, abstracción selectiva, sobregeneralización, maximización/minimización, personalización, pensamiento dicotómico). **Tríada cognitiva**: visión negativa de **uno mismo, el mundo y el futuro**.
- **Ellis**: TREC y modelo **ABC**: A (acontecimiento) no causa C (consecuencia emocional); la causa es B (*beliefs*, creencias irracionales: "debo", "tengo que").
- **Procesamiento de la información**: sesgos atencionales, interpretativos y de memoria (el ansioso detecta antes la amenaza).
- **Cognitivo-conductual**: pensamiento, emoción, conducta y fisiología se influyen recíprocamente; **máximo apoyo empírico** hoy.
- Criminología: **técnicas de neutralización** (Sykes y Matza, **1957**): negación del daño, de la víctima o de la responsabilidad.

Humanista-existencial y sistémico

- **Humanista** (Rogers, Maslow): tendencia a la autorrealización; malestar por **incongruencia** autoconcepto-experiencia, alimentada por "condiciones de valía". **Existencial** (Frankl, May): vacío, sinsentido. Modelo que más enfatiza el **libre albedrío**.

- **Sistémico**: el síntoma cumple una función en la familia; "**paciente identificado**". **Doble vínculo** (Bateson, Palo Alto, **1956**); terapia estructural (**Minuchin**). **Emoción expresada** (crítica, hostilidad, sobreimplicación) predice recaídas en esquizofrenia.

Modelos integradores

Vulnerabilidad-estrés (diátesis-estrés)

- **Zubin y Spring (1977)**, formulado para la **esquizofrenia**.
- **Vulnerabilidad** (diátesis) = **rasgo** estable, biológico (genes, neurodesarrollo) o psicológico (esquemas, rasgos).
- **Episodio** = **estado** transitorio: aparece cuando el estrés supera el umbral y remite si baja.
- Umbral **decreciente**: a más vulnerabilidad, menos estrés necesario.
- Explica recaídas por acontecimientos vitales, cannabis o abandono de medicación; y en la pericia, por qué un trastorno latente se manifestó en el momento del hecho (útil en el **TMT**).

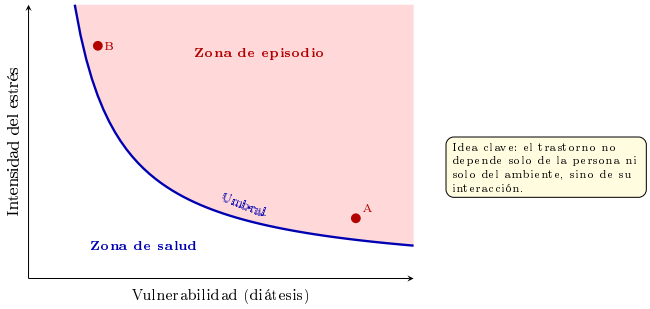


Figura 3: Modelo de vulnerabilidad-estrés de Zubin y Spring. La curva marca el umbral de descompensación: por encima aparece el episodio. Una persona muy vulnerable (A) enferma con poco estrés; una poco vulnerable (B) necesita estrés intenso. Ambas rutas conducen al mismo resultado.

Biopsicosocial (Engel, 1977)

- Publicado en *Science* como **crítica al modelo biomédico**.
- Factores biológicos, psicológicos y sociales en niveles jerárquicos (molécula → sociedad), según la **teoría general de sistemas**.
- No suma explicaciones: exige analizar su **interacción**.

Causalidad multifactorial

- **Las "3 P"**: **predisponentes** (antes del inicio: genética, complicaciones obstétricas, maltrato, rasgos); **precipitantes** (desencadenan: pérdida, ruptura, tóxicos, privación de sueño); **mantenedores** (cronifican: evitación, rumiación, refuerzo, mala adherencia, emoción expresada).
- **Cicchetti y Rogosch (1996)**, psicopatología del desarrollo:
  - **Equifinalidad**: **varias causas** → **un** resultado.
  - **Multifinalidad**: **una causa** → **varios** resultados (maltrato → depresión, antisocialidad o resiliencia).
- Lectura forense: el maltrato no "explica" un delito (la mayoría de maltratados no delinque); un mismo trastorno puede tener orígenes distintos en dos acusados.
- **Transdiagnóstico**: procesos comunes (rumiación, evitación experiencial, perfeccionismo, desregulación emocional, neuroticismo); **Protocolo Unificado** de Barlow; **factor p** (Caspi y cols., 2014); inspiran RDoC y HiTOP.

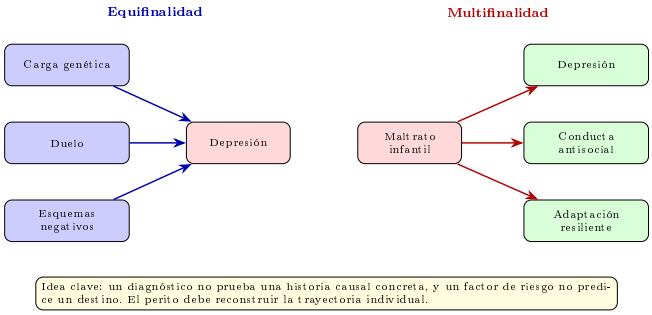


Figura 4: Equifinalidad (izquierda): causas distintas desembocan en el mismo trastorno. Multifinalidad (derecha): un mismo factor de riesgo, el maltrato infantil, puede desembocar en depresión, conducta antisocial o adaptación resiliente. Ambos principios impiden inferir la causa a partir del diagnóstico.

Implicaciones forenses: causalidad y libertad

El CP presume al adulto libre y culpable; solo una anomalía que anule o merme la capacidad de comprender o de controlarse excluye o reduce la imputabilidad (fórmula mixta, sección 1.4).

Determinismo y responsabilidad

- **Determinismo duro**: todo está causado ⇒ nadie responsable. Ningún ordenamiento lo acepta.
- **Libertarismo**: voluntad como causa no causada (afín al humanismo); ignora la evidencia.
- **Compatibilismo**: responsabilidad compatible con causalidad si se conservan razonamiento y autocontrol. Posición **implícita en el CP** y coherente con el biopsicosocial.
- Reglas periciales: (a) el diagnóstico no basta, hay que probar el **nexo** funcional; (b) que la conducta tenga causas no significa que faltara capacidad.
- Riesgos: biomédico, determinismo ("mi cerebro me obligó"); biopsicosocial, dispersión sin precisar el nexo.

Ejemplo 3 (Psicosis y abandono de la medicación). ***Datos.*** *Varón de 26 años, esquizofrenia desde hace 4, tío paterno afectado. Pierde el empleo, deja la medicación y aumenta el cannabis; 3 semanas después golpea a su padre convencido de que le envenena.* ***3 P:*** *tío afectado = predisponente; despido y cannabis = precipitantes; abandono del tratamiento y alta emoción expresada familiar = mantenedores.* ***Diferencial:*** *psicosis por cannabis (descartada: la psicosis precede y persiste); trastorno delirante (descartado: alucinaciones y síntomas negativos).* ***Forense:*** *nexo directo delirio-agresión; capacidad de comprender anulada ⇒ base para eximente completa (art. 20.1) con medida de seguridad.*

Ejemplo 4 (Hurtos aprendidos). ***Datos.*** *Joven de 19 años con hurtos reiterados; imitaba a un hermano admirado; "las tiendas ya cuentan con perderlo"; vende lo robado, sin tensión previa ni alivio.* ***Análisis:*** *aprendizaje vicario + refuerzo positivo; neutralización por negación del daño; familia prodelictiva.* ***Diferencial:*** ***no*** *es cleptomanía (exige robar sin valor monetario, tensión previa y alivio).* ***Forense:*** *lo aprendido no merma comprensión ni control ⇒* ***plenamente imputable;*** *los modelos sirven para tratamiento y riesgo, no para eximir.*

Trucos y trampas para el test

- **Zubin y Spring** = vulnerabilidad-estrés (esquizofrenia); **Engel** = biopsicosocial. Ambos de **1977**: no los cruces.
- **Refuerzo negativo** aumenta la conducta (retira lo aversivo); no es castigo.
- **ABC** = Ellis; **tríada cognitiva** = Beck (yo, mundo, futuro; no pasado-presente-futuro).
- **Equi**finalidad: muchas causas, un final; **multi**finalidad: una causa, muchos finales.
- Heredabilidad del 80 % es varianza **poblacional**, no riesgo individual de los hijos.
- Abandono de medicación que **prolonga** el episodio: factor **mantenedor**.

Esquema

- Biomédico: genes (poligénico, *MAOA*×maltrato), dopamina/serotonina, neuroimagen; riesgo reduccionista.
- Psicodinámico: conflicto inconsciente, defensas; poco valor probatorio.
- Conductual: clásico, operante (Mowrer), vicario (Bandura).
- Cognitivo: Beck (esquemas, tríada), Ellis (ABC), sesgos; neutralizaciones de Sykes y Matza.
- Humanista (incongruencia) y sistémico (paciente identificado, emoción expresada).
- Integradores: vulnerabilidad-estrés (Zubin y Spring) y biopsicosocial (Engel).
- 3 P; equifinalidad y multifinalidad; transdiagnóstico y factor p.
- Forense: compatibilismo; diagnóstico + nexo + afectación de capacidades.

1.3. Clasificación y diagnóstico: DSM-5-TR y CIE-11

Para qué sirve clasificar

Definición 5 (Términos que el test mezcla)**.** ***Clasificación****: sistema de categorías o dimensiones.* ***Taxonomía****: estudio de los principios y reglas para construirla.* ***Nosología****: clasificación aplicada a las enfermedades.* ***Diagnóstico****: proceso (y resultado) de asignar a un individuo concreto a una o varias clases.*

Funciones: **comunicación**, **predicción** (curso, pronóstico), **guía terapéutica**, **investigación** (muestras homogéneas) y **administrativo-legales** (estadística, incapacidades, informe pericial).

Categorial, dimensional y prototípico

Tres enfoques

- **Categorial**: entidades discretas, cualitativamente distintas; decisión **dicotómica** (cumple/no cumple). Encaja con decisiones jurídicas sí/no, pero pierde información y el umbral es arbitrario.
- **Dimensional**: variación **cuantitativa** en continuos presentes en la población general; diferencia de **grado**. Más fiel a la realidad, menos práctico.
- **Prototípico**: intermedio; cada categoría tiene un ejemplar ideal. Se operativiza con criterios **politéticos**: basta un mínimo de una lista (p. ej., **5 de 9** en el TP límite) y ningún síntoma es imprescindible. **Monotéticos**: exigen todos.
- Sistemas actuales: **categoriales con elementos dimensionales** (gravedad, personalidad en CIE-11 y Sección III del DSM).

Historia: de Kraepelin al DSM-5-TR y la CIE-11

- **Kraepelin**, 6.ª ed. del *Tratado* (**1899**): *dementia praecox* (deterioro) frente a maníaco-depresiva (episódica). **Bleuler** acuña "esquizofrenia" (**1911**).
- **Neokraepelinianos** (años 70): Feighner, Robins, Guze, Spitzer; criterios explícitos.
- **CIE-6 (1948)**: primera CIE con capítulo de trastornos mentales.
- **DSM-I (1952)** y **DSM-II (1968)**: psicodinámicos ("reacciones", influencia de **Meyer**), fiabilidad muy baja.
- **DSM-III (1980)**, **Spitzer**: criterios explícitos, inclusión/exclusión, **ateórico** y **multiaxial**; gran salto de fiabilidad. **DSM-III-R (1987)**.
- **DSM-IV (1994)**, **DSM-IV-TR (2000)**: armonización con la **CIE-10** (1990–92, capítulo F).
- **DSM-5 (2013)**: **suprime los ejes**, orden por ciclo vital, más dimensiones.
- **DSM-5-TR (2022)**; versión española 2023.
- **CIE-11**: aprobada en **2019**, en vigor desde el **1-1-2022**.

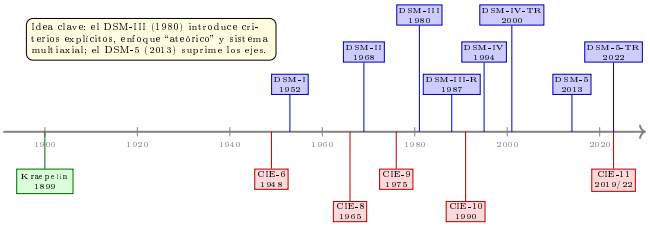


Figura 5: Línea del tiempo de los dos grandes sistemas de clasificación. Arriba, las ediciones del DSM de la Asociación Americana de Psiquiatría; abajo, las de la CIE de la OMS. El DSM-III (1980) marca el giro hacia criterios explícitos y fiables.