Por qué así

LIBRO DE LA ASIGNATURA

Psicopatología Forense

Clínica de los trastornos mentales y su valoración jurídico-penal

Muestra gratuita · primeras 19 de 377 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.

Índice

1 Conceptos, modelos y clasificación de la psicopatología **11**

1 Concepto de psicopatología y criterios de anormalidad . . . 11
- 1.1 ¿Qué estudia la psicopatología? . . . 11
- 1.2 Breve historia de la psicopatología . . . 12
- 1.3 Criterios de anormalidad . . . 12
- 1.4 La disfunción perjudicial de Wakefield . . . 14
- 1.5 La definición de trastorno mental en el DSM-5-TR . . . 14
- 1.6 Puente al resto del libro: qué es la psicopatología forense . . . 15
- 1.7 Síntesis de la sección . . . 17

2 Modelos teóricos en psicopatología . . . 18
- 2.1 ¿Por qué necesitamos modelos teóricos? . . . 18
- 2.2 El modelo biomédico o biológico . . . 18
- 2.3 El modelo psicodinámico . . . 19
- 2.4 El modelo conductual: la conducta anormal se aprende . . . 19
- 2.5 El modelo cognitivo y el cognitivo-conductual . . . 19
- 2.6 Modelos humanista-existencial y sistémico . . . 20
- 2.7 Modelos integradores: vulnerabilidad-estrés y biopsicosocial . . . 21
- 2.8 Causalidad multifactorial y enfoques transdiagnósticos . . . 21
- 2.9 Implicaciones forenses: determinismo, libertad y conducta delictiva . . . 23
- 2.10 Síntesis de la sección . . . 24

3 Clasificación y diagnóstico: DSM-5-TR y CIE-11 . . . 26
- 3.1 Para qué sirve clasificar . . . 26
- 3.2 Tres formas de clasificar: categorial, dimensional y prototípica . . . 27
- 3.3 Historia: de Kraepelin al DSM-5-TR y la CIE-11 . . . 27
- 3.4 Estructura del DSM-5-TR . . . 28
- 3.5 La CIE-11: principales novedades . . . 29
- 3.6 Fiabilidad y validez del diagnóstico . . . 29
- 3.7 Comorbilidad . . . 30
- 3.8 Críticas a los sistemas categoriales . . . 30
- 3.9 Alternativas: RDoC y HiTOP . . . 30
- 3.10 Diagnóstico clínico y contexto forense . . . 31
- 3.11 Instrumentos de evaluación diagnóstica . . . 31
- 3.12 Síntesis de la sección . . . 33

4 Marco jurídico: imputabilidad, medidas de seguridad, capacidad civil y pericia . . . 34
- 4.1 Por qué la psicopatología necesita al Derecho . . . 34
- 4.2 Culpabilidad e imputabilidad: la fórmula mixta . . . 35
- 4.3 Las causas de inimputabilidad del artículo 20 CP . . . 35
- 4.4 Los grados de afectación: eximentes, atenuantes y analogía . . . 36
- 4.5 Las medidas de seguridad . . . 37
- 4.6 Trastorno sobrevenido: durante el proceso y tras la sentencia . . . 39
- 4.7 El ámbito civil: internamiento y capacidad jurídica . . . 39
- 4.8 Responsabilidad penal de los menores . . . 40
- 4.9 La prueba pericial: quién informa y qué se le pregunta . . . 41
- 4.10 Síntesis de la sección . . . 41

2 Trastorno por déficit de atención/hiperactividad (TDAH) 45
1 Concepto, criterios diagnósticos y presentaciones clínicas . . . 45
1.1 De los "defectos del control moral" al trastorno del neurodesarrollo . . . 45
1.2 Los criterios diagnósticos del DSM-5-TR . . . 46
1.3 Presentaciones, remisión parcial y gravedad . . . 47
1.4 El TDAH en la vida adulta . . . 48
1.5 La CIE-11: código 6A05 y diferencias con el DSM-5-TR . . . 49
1.6 Diagnóstico diferencial . . . 49
1.7 La evaluación: entrevista, escalas e informantes múltiples . . . 49
1.8 Síntesis de la sección . . . 51
2 Epidemiología, curso, comorbilidad y etiología . . . 53
2.1 Por qué importa conocer la epidemiología, el curso y la etiología del TDAH . . . 53
2.2 Epidemiología: prevalencia, sexo y cultura . . . 53
2.3 Curso evolutivo: de la etapa preescolar a la vida adulta . . . 54
2.4 Consecuencias funcionales . . . 55
2.5 Comorbilidad . . . 55
2.6 Etiología: un trastorno multifactorial . . . 56
2.7 El tratamiento en síntesis . . . 59
2.8 Síntesis de la sección . . . 60
3 TDAH, conducta antisocial y valoración forense . . . 62
3.1 Por qué el TDAH interesa a la criminología . . . 62
3.2 Sobrerrepresentación del TDAH en el sistema penal . . . 62
3.3 Mecanismos que vinculan TDAH y delito . . . 62
3.4 La cadena evolutiva: del TDAH al trastorno antisocial . . . 63
3.5 Perfil delictivo asociado al TDAH . . . 64
3.6 Efecto protector del tratamiento farmacológico . . . 64
3.7 Valoración forense de la imputabilidad . . . 65
3.8 Breve referencia a los menores infractores . . . 66
3.9 Simulación del TDAH . . . 67
3.10 Tratamiento del TDAH en prisión . . . 67
3.11 Síntesis de la sección . . . 68

3 Espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos 71
1 Síntomas psicóticos y dimensiones psicopatológicas . . . 71
1.1 El concepto de psicosis y la pérdida del juicio de realidad . . . 71
1.2 De la *dementia praecox* a las dimensiones: una historia conceptual . . . 71
1.3 Los delirios . . . 73
1.4 Las alucinaciones y otras alteraciones perceptivas . . . 74
1.5 Desorganización del pensamiento y del lenguaje . . . 75
1.6 Comportamiento motor desorganizado y catatonia . . . 75
1.7 Los síntomas negativos . . . 76
1.8 Déficits cognitivos e insight . . . 76
1.9 La evaluación dimensional: DSM-5-TR, CIE-11 y PANSS . . . 77
1.10 Síntesis de la sección . . . 79
2 Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos: diagnóstico, curso y etiología . . . 80
2.1 De la *dementia praecox* al espectro de la esquizofrenia . . . 80
2.2 La esquizofrenia según el DSM-5-TR . . . 81
2.3 Los demás trastornos del espectro . . . 81
2.4 Curso, pronóstico y epidemiología . . . 82
2.5 Etiología: un modelo multifactorial . . . 84
2.6 Diferencias entre el DSM-5-TR y la CIE-11 . . . 86
2.7 El tratamiento en síntesis . . . 86
2.8 Síntesis de la sección . . . 87
3 Psicosis, violencia e imputabilidad . . . 89
3.1 Un estigma persistente frente a la evidencia . . . 89
3.2 El riesgo de violencia en la psicosis: magnitud y moduladores . . . 89
3.3 Delitos típicos y homicidio en el primer episodio . . . 91
3.4 Delirio celotípico y violencia en la pareja . . . 91

3.5 El trastorno delirante: querulancia, erotomanía y acoso . . . 91
3.6 Imputabilidad del sujeto con psicosis . . . 92
3.7 Internamiento civil frente a medida penal . . . 94
3.8 La simulación de la psicosis . . . 94
3.9 Tratamiento en el medio penitenciario . . . 95
3.10 Síntesis de la sección . . . 96

4 Trastornos bipolares y trastornos relacionados 99
1 Episodios maníaco, hipomaníaco y depresivo mayor . . . 99
1.1 Los episodios afectivos como "bloques de construcción" . . . 99
1.2 El episodio maníaco . . . 100
1.3 El episodio hipomaníaco . . . 101
1.4 El episodio depresivo mayor . . . 102
1.5 Especificadores: matizar el episodio . . . 104
1.6 Diagnóstico diferencial . . . 104
1.7 Síntesis de la sección . . . 106
2 Trastorno bipolar I, bipolar II y ciclotimia: curso y etiología . . . 107
2.1 De la locura circular a los trastornos bipolares: una breve historia . . . 107
2.2 Criterios diagnósticos en el DSM-5-TR . . . 108
2.3 Epidemiología, curso y pronóstico . . . 110
2.4 Etiología: un modelo de vulnerabilidad-estrés . . . 111
2.5 La CIE-11 frente al DSM-5-TR . . . 113
2.6 El tratamiento en síntesis . . . 114
2.7 Síntesis de la sección . . . 115
3 Manía, conducta delictiva y valoración forense . . . 116
3.1 Por qué la manía interesa al Derecho . . . 116
3.2 Tipología delictiva asociada a las fases del trastorno . . . 117
3.3 Trastorno bipolar y violencia: lo que dice la evidencia . . . 117
3.4 Imputabilidad: una graduación según el estado clínico . . . 118
3.5 La valoración retrospectiva del estado mental . . . 119
3.6 Capacidad civil: contratos, patrimonio y medidas de apoyo . . . 121
3.7 Internamiento involuntario: el art. 763 LEC . . . 121
3.8 Simulación y disimulación . . . 121
3.9 Manía y victimización: el abuso económico por terceros . . . 122
3.10 Síntesis de la sección . . . 122

5 Trastornos depresivos 125
1 Trastorno depresivo mayor . . . 125
1.1 La depresión: de la melancolía clásica al síndrome contemporáneo . . . 125
1.2 La depresión como síndrome: cinco dominios sintomáticos . . . 125
1.3 Criterios diagnósticos del DSM-5-TR . . . 126
1.4 Episodio único, recurrencia, gravedad y remisión . . . 128
1.5 Especificadores clínicos . . . 128
1.6 Duelo y depresión: el fin de la exclusión por duelo . . . 129
1.7 Epidemiología, inicio, curso y pronóstico . . . 130
1.8 Diagnóstico diferencial . . . 130
1.9 Instrumentos de evaluación . . . 131
1.10 La depresión en la CIE-11 . . . 131
1.11 Síntesis de la sección . . . 132
2 Otros trastornos depresivos y modelos explicativos . . . 134
2.1 Una familia de cuadros: la lógica de la clasificación . . . 134
2.2 Trastorno depresivo persistente (distimia) . . . 134
2.3 Trastorno disfórico premenstrual . . . 136
2.4 Trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo . . . 136
2.5 Trastornos depresivos de etiología específica y categorías residuales . . . 137
2.6 Modelos cognitivos de la depresión . . . 138
2.7 Modelos conductuales, de respuesta e interpersonales . . . 140
2.8 Modelos biológicos e integración . . . 140
2.9 Síntesis de la sección . . . 142

3 Depresión, suicidio, suicidio ampliado y aspectos forenses . . . 144
3.1 Por qué el suicidio es un problema psicopatológico y forense . . . 144
3.2 Conceptos básicos: del pensamiento a la conducta . . . 144
3.3 Epidemiología: España y el medio penitenciario . . . 144
3.4 Factores de riesgo, de protección y modelos explicativos . . . 145
3.5 La autopsia psicológica como técnica forense . . . 147
3.6 Suicidio ampliado y homicidio-suicidio . . . 148
3.7 Imputabilidad de la persona deprimida y figuras penales relacionadas . . . 149
3.8 Prevención del suicidio en prisión . . . 150
3.9 Síntesis de la sección . . . 151

6 Trastornos relacionados con traumas y estresores 153
1 Trastorno de estrés postraumático y trastorno de estrés agudo . . . 153
1.1 Del "corazón irritable" al DSM-III: breve historia de un diagnóstico . . . 153
1.2 El acontecimiento traumático: el criterio A . . . 154
1.3 Criterios diagnósticos del TEPT en el DSM-5-TR . . . 154
1.4 El trastorno de estrés agudo . . . 155
1.5 El TEPT en la CIE-11: tres núcleos y el TEPT complejo . . . 156
1.6 Epidemiología, factores de riesgo y resiliencia . . . 158
1.7 Diagnóstico diferencial . . . 159
1.8 Evaluación y tratamiento: una síntesis . . . 159
1.9 Síntesis de la sección . . . 161
2 Trastornos de adaptación, del apego y duelo prolongado; modelos etiológicos . . . 162
2.1 Más allá del TEPT: un capítulo unificado por el estresor . . . 162
2.2 El trastorno de adaptación . . . 163
2.3 Trastornos del apego: apego reactivo y relación social desinhibida . . . 164
2.4 El trastorno de duelo prolongado . . . 166
2.5 Modelos etiológicos del TEPT . . . 167
2.6 Síntesis de la sección . . . 170
3 Daño psíquico, simulación y peritación en víctimas . . . 172
3.1 De la víctima olvidada a la víctima como objeto de peritación . . . 172
3.2 El concepto de daño psíquico: lesión psíquica y secuelas emocionales . . . 173
3.3 El nexo causal: estado previo y concausas . . . 173
3.4 Valoración en contextos específicos . . . 175
3.5 La lesión psíquica como resultado típico . . . 175
3.6 Instrumentos de evaluación del daño . . . 176
3.7 Simulación del TEPT . . . 176
3.8 TEPT en el agresor: una pincelada . . . 178
3.9 El testimonio de la víctima y la victimización secundaria . . . 178
3.10 Ética: el rol terapéutico y el rol pericial . . . 179
3.11 Síntesis de la sección . . . 180

7 Trastornos disociativos 183
1 La disociación: concepto y fenómenos . . . 183
1.1 Por qué estudiar la disociación: un concepto con historia . . . 183
1.2 Definición actual y estructura de los síntomas disociativos . . . 184
1.3 Disociación normal y disociación patológica . . . 185
1.4 Modelos explicativos . . . 187
1.5 Evaluación de la disociación . . . 188
1.6 Disociación y trauma . . . 188
1.7 Disociación y síntomas neurológicos funcionales: DSM-5-TR frente a CIE-11 . . . 189
1.8 Síntesis de la sección . . . 190
2 Identidad disociativa, amnesia disociativa y despersonalización/desrealización . . . 191
2.1 De la "personalidad múltiple" al trastorno de identidad disociativo . . . 191
2.2 Trastorno de identidad disociativo: definición y criterios . . . 192
2.3 La controversia sobre la validez del TID . . . 193
2.4 Amnesia disociativa . . . 194
2.5 Trastorno de despersonalización/desrealización . . . 195
2.6 Otro trastorno disociativo especificado . . . 196

2.7 Diagnóstico diferencial . . . 196
2.8 Síntesis de la sección . . . 198
3 Amnesia del delito, simulación y responsabilidad . . . 200
3.1 "No recuerdo nada": un problema clásico de la psiquiatría forense . . . 200
3.2 Tipos de amnesia alegada . . . 200
3.3 Relevancia jurídica: la amnesia no es una eximente . . . 201
3.4 Trastorno mental transitorio y reacción vivencial anormal . . . 202
3.5 Automatismos y estados crepusculares . . . 203
3.6 Trastorno de identidad disociativo y responsabilidad penal . . . 204
3.7 Detección de la amnesia simulada . . . 205
3.8 Ética y límites de la pericia . . . 207
3.9 Síntesis de la sección . . . 207

8 Trastornos sexuales: disfunciones sexuales, disforia de género y trastornos parafílicos 211
1 Disfunciones sexuales . . . 211
1.1 La sexualidad como objeto clínico: de la moral a la fisiología . . . 211
1.2 Modelos de la respuesta sexual humana . . . 211
1.3 Criterios generales en el DSM-5-TR . . . 213
1.4 Las disfunciones sexuales en particular . . . 214
1.5 Epidemiología y curso . . . 216
1.6 Etiología biopsicosocial . . . 216
1.7 La perspectiva de la CIE-11 . . . 217
1.8 Tratamiento: una síntesis . . . 217
1.9 Aspectos forenses de las disfunciones sexuales . . . 218
1.10 Síntesis de la sección . . . 220
2 Disforia de género . . . 221
2.1 Un diagnóstico en transformación: de la identidad al malestar . . . 221
2.2 Terminología básica: conceptos que no deben confundirse . . . 222
2.3 Evolución histórica de la clasificación . . . 222
2.4 Criterios diagnósticos del DSM-5-TR . . . 223
2.5 La CIE-11: incongruencia de género y despatologización . . . 224
2.6 Epidemiología y curso . . . 224
2.7 Comorbilidad y modelo de estrés de minorías . . . 225
2.8 Abordaje sanitario en síntesis . . . 225
2.9 Marco legal español: la Ley 4/2023 . . . 226
2.10 Aspectos forenses . . . 226
2.11 Síntesis de la sección . . . 228
3 Trastornos parafílicos y delincuencia sexual . . . 229
3.1 De las "perversiones" a los trastornos parafílicos . . . 229
3.2 Estructura común de los criterios diagnósticos . . . 230
3.3 Los ocho trastornos parafílicos específicos . . . 231
3.4 El enfoque de la CIE-11 y la epidemiología . . . 232
3.5 Modelos etiológicos . . . 232
3.6 Trastorno parafílico y delincuencia sexual: dos conjuntos que se solapan . . . 233
3.7 Evaluación pericial . . . 234
3.8 Imputabilidad y consecuencias jurídicas . . . 235
3.9 Tratamiento, libertad vigilada e inhabilitaciones . . . 235
3.10 Síntesis de la sección . . . 236

9 Trastornos disruptivos, del control de los impulsos y de la conducta 239
1 Trastorno negativista desafiante y trastorno explosivo intermitente . . . 239
1.1 Un capítulo nuevo para viejos problemas: el grupo de los trastornos disruptivos . . . 239
1.2 Impulsividad y control de los impulsos . . . 240
1.3 El trastorno negativista desafiante . . . 241
1.4 El trastorno explosivo intermitente . . . 243
1.5 Diagnóstico diferencial . . . 245
1.6 Aspectos forenses . . . 246
1.7 Síntesis de la sección . . . 246
2 Trastorno de la conducta, piromanía y cleptomanía . . . 248

2.1 Del niño "difícil" al trastorno de la conducta . . . 248
2.2 Criterios diagnósticos del trastorno de la conducta . . . 248
2.3 Epidemiología y etiología del trastorno de la conducta . . . 250
2.4 Piromanía . . . 251
2.5 Cleptomanía . . . 252
2.6 Diagnóstico diferencial . . . 253
2.7 Relevancia forense de la piromanía y la cleptomanía . . . 254
2.8 Síntesis de la sección . . . 256
3 Trayectorias antisociales y menores infractores . . . 257
3.1 Del diagnóstico a la trayectoria: por qué importa el desarrollo . . . 257
3.2 La curva edad-delito . . . 258
3.3 La taxonomía de Moffitt . . . 258
3.4 Las vías de desarrollo de Loeber . . . 259
3.5 Factores de riesgo y de protección . . . 260
3.6 La cadena TDAH-TND-TC-TPA en perspectiva criminológica . . . 261
3.7 La Ley Orgánica 5/2000, de responsabilidad penal de los menores . . . 261
3.8 Evaluación del riesgo en menores . . . 263
3.9 La violencia filio-parental . . . 263
3.10 Intervención eficaz con menores infractores . . . 264
3.11 Síntesis de la sección . . . 264

10 Trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos 267
1 Conceptos y criterios: consumo, intoxicación y abstinencia . . . 267
1.1 Por qué importan las sustancias en psicopatología forense . . . 267
1.2 Conceptos básicos . . . 267
1.3 Del DSM-IV al DSM-5: del binomio abuso-dependencia al continuo . . . 268
1.4 Los 11 criterios del trastorno por consumo de sustancias . . . 268
1.5 Trastornos inducidos: intoxicación, abstinencia y trastornos mentales inducidos . . . 270
1.6 La CIE-11: consumo nocivo y dependencia . . . 271
1.7 Neurobiología de la adicción . . . 271
1.8 Modelos psicológicos y modelo transteórico del cambio . . . 272
1.9 Epidemiología en España . . . 274
1.10 Síntesis de la sección . . . 274
2 Sustancias específicas y juego patológico . . . 276
2.1 Por qué estudiar cada sustancia por separado . . . 276
2.2 Alcohol: de la desinhibición al delirium tremens . . . 277
2.3 Cannabis: intoxicación, apatía y psicosis . . . 279
2.4 Cocaína y otros estimulantes . . . 280
2.5 Opiáceos: dependencia, abstinencia y tratamiento sustitutivo . . . 280
2.6 Sedantes, hipnóticos y ansiolíticos; la sumisión química . . . 280
2.7 Alucinógenos, nuevas sustancias psicoactivas, inhalantes, tabaco y cafeína . . . 281
2.8 El trastorno por juego . . . 281
2.9 Síntesis de la sección . . . 284
3 Drogas y delito: el modelo de Goldstein y la imputabilidad . . . 285
3.1 Una relación tan evidente como difícil de explicar . . . 285
3.2 El modelo tripartito de Goldstein (1985) . . . 286
3.3 Críticas y ampliaciones del modelo . . . 287
3.4 Delitos asociados al consumo . . . 288
3.5 La imputabilidad del consumidor de sustancias . . . 288
3.6 Consecuencias jurídicas: medidas, sistema vicarial y suspensión . . . 292
3.7 La valoración pericial del consumo . . . 292
3.8 Programas de intervención en prisión . . . 292
3.9 Síntesis de la sección . . . 293

11 Trastornos neurocognitivos 297
1 Delirium . . . 297
1.1 De los "trastornos orgánicos" a los trastornos neurocognitivos . . . 297
1.2 El delirium: concepto e historia del término . . . 297
1.3 Criterios diagnósticos del DSM-5-TR . . . 298

1.4 Epidemiología, factores de riesgo y evaluación . . . 299
1.5 Diagnóstico diferencial y pronóstico . . . 300
1.6 Aspectos forenses del delirium . . . 301
1.7 Síntesis de la sección . . . 303
2 Trastorno neurocognitivo mayor y leve: subtipos etiológicos . . . 305
2.1 De la "demencia" al trastorno neurocognitivo mayor . . . 305
2.2 Criterios diagnósticos DSM-5-TR: mayor frente a leve . . . 305
2.3 Subtipos etiológicos . . . 306
2.4 Epidemiología y curso . . . 309
2.5 Evaluación del trastorno neurocognitivo . . . 309
2.6 Deterioro cognitivo leve y conversión . . . 310
2.7 Pseudodemencia depresiva . . . 311
2.8 Tratamiento en síntesis . . . 311
2.9 Síntesis de la sección . . . 312
3 Capacidad civil, testamentos y conducta delictiva en las demencias . . . 314
3.1 Por qué las demencias interesan al Derecho . . . 314
3.2 El cambio de paradigma: de la sustitución al apoyo . . . 314
3.3 Capacidad para testar . . . 315
3.4 Contratos, donaciones, consentimiento y conducción . . . 317
3.5 Internamiento no voluntario y maltrato a mayores . . . 318
3.6 Conducta delictiva en las demencias . . . 319
3.7 Imputabilidad y demencia sobrevenida . . . 320
3.8 Síntesis de la sección . . . 321

12 Trastornos de la personalidad 325
1 Concepto y modelos categorial y dimensional . . . 325
1.1 Por qué la personalidad plantea un problema diagnóstico singular . . . 325
1.2 Personalidad, rasgo, temperamento y carácter . . . 325
1.3 Criterios generales de trastorno de la personalidad en el DSM-5-TR . . . 325
1.4 Breve historia: de las personalidades psicopáticas al Eje II . . . 326
1.5 El modelo categorial: diez trastornos en tres grupos . . . 327
1.6 Los modelos dimensionales de la personalidad . . . 327
1.7 El modelo alternativo del DSM-5 (Sección III) . . . 328
1.8 La CIE-11: un único trastorno graduado por gravedad . . . 328
1.9 Epidemiología, estabilidad y curso . . . 330
1.10 Evaluación de los trastornos de la personalidad . . . 330
1.11 Relevancia forense general . . . 331
1.12 Síntesis de la sección . . . 332
2 Trastornos de los grupos A, B y C . . . 333
2.1 Tres familias de personalidades anómalas . . . 333
2.2 Grupo A: raros o excéntricos . . . 334
2.3 Grupo B: dramáticos, emocionales o erráticos . . . 335
2.4 Grupo C: ansiosos o temerosos . . . 337
2.5 Tabla-síntesis de los diez trastornos . . . 338
2.6 Imputabilidad y trastornos de la personalidad . . . 338
2.7 Síntesis de la sección . . . 339
3 Trastorno antisocial de la personalidad y psicopatía . . . 341
3.1 De la "locura sin delirio" a la psicopatía moderna . . . 341
3.2 El trastorno antisocial de la personalidad en el DSM-5-TR . . . 342
3.3 La psicopatía según Hare: las escalas PCL . . . 343
3.4 El modelo triárquico y el modelo alternativo del DSM-5 . . . 344
3.5 Psicopatía y TPA: una relación asimétrica . . . 344
3.6 Variantes: primaria y secundaria, "exitosa" y "fracasada" . . . 345
3.7 Neurobiología: un déficit de procesamiento emocional . . . 346
3.8 Violencia, reincidencia y predicción . . . 346
3.9 Imputabilidad del sujeto antisocial y psicópata . . . 347
3.10 Tratamiento: una controversia abierta . . . 348
3.11 Síntesis de la sección . . . 349

13 Psicopatología, delincuencia y criminalidad **351**
1 Trastorno mental y violencia: la evidencia empírica . . . 351
1.1 El estereotipo del "loco peligroso" y el estigma . . . 351
1.2 Por qué es difícil estudiar la relación: problemas metodológicos . . . 351
1.3 Los estudios clave . . . 352
1.4 Magnitud del riesgo y riesgo atribuible poblacional . . . 353
1.5 La otra cara: las personas con trastorno mental como víctimas . . . 354
1.6 Homicidio y trastorno mental . . . 355
1.7 Trastorno mental en prisión . . . 355
1.8 Qué trastornos y qué síntomas se asocian más a la violencia . . . 356
1.9 Integración: el modelo de factores de riesgo compartidos . . . 357
1.10 Implicaciones para la política criminal y la prevención . . . 357
1.11 Síntesis de la sección . . . 358
2 Valoración del riesgo de violencia . . . 360
2.1 De la "peligrosidad" al "riesgo": un cambio de paradigma . . . 360
2.2 Las generaciones de la evaluación del riesgo . . . 361
2.3 Factores de riesgo estáticos y dinámicos . . . 362
2.4 El modelo Riesgo-Necesidad-Responsividad . . . 363
2.5 Instrumentos desarrollados en España . . . 363
2.6 Precisión predictiva: curva ROC, AUC y tasa base . . . 364
2.7 Comunicación del riesgo . . . 365
2.8 Gestión del riesgo . . . 366
2.9 Críticas y dilemas éticos . . . 366
2.10 Síntesis de la sección . . . 367
3 La evaluación pericial: entrevista, simulación e informe . . . 368
3.1 Del diagnóstico al dictamen: por qué la pericia es otra forma de evaluar . . . 368
3.2 El perito en el proceso penal y civil . . . 369
3.3 Evaluación clínica y evaluación forense: dos lógicas distintas . . . 369
3.4 Las fases de la pericia . . . 370
3.5 La entrevista forense semiestructurada . . . 370
3.6 Las pruebas psicométricas y sus escalas de validez . . . 371
3.7 La simulación: concepto, indicadores y modelos . . . 371
3.8 Estrategias e instrumentos de detección . . . 373
3.9 El informe pericial . . . 375
3.10 Ética y sesgos del perito . . . 375
3.11 Síntesis de la sección . . . 376
3.12 Síntesis integradora del libro . . . 378

Capítulo 1

Conceptos, modelos y clasificación de la psicopatología

1 Concepto de psicopatología y criterios de anormalidad

1.1 ¿Qué estudia la psicopatología?

Cuando un tribunal pregunta si el autor de un delito "sabía lo que hacía", o cuando una víctima reclama una indemnización por el "daño psíquico" sufrido, la respuesta exige un conocimiento previo: saber distinguir lo psicológicamente normal de lo patológico y describir con precisión las alteraciones mentales. Esa es la tarea de la psicopatología, disciplina que constituye la base de todo el libro. El término procede del griego *psyché* (alma, mente), *páthos* (padecimiento, enfermedad) y *lógos* (estudio, tratado): literalmente, el "estudio de los padecimientos de la mente".

Definición 1.1 (Psicopatología)**.** Disciplina científica que estudia la conducta anormal y los trastornos mentales: su descripción, clasificación, causas (etiología), mecanismos de desarrollo y mantenimiento (patogenia), curso y consecuencias, con el fin de comprenderlos, predecirlos y fundamentar su prevención y tratamiento.

Siguiendo la tradición del manual de referencia (Sandín y colaboradores), conviene separar dos vertientes complementarias:

- **Psicopatología como ciencia básica.** Busca leyes y principios generales sobre el origen y funcionamiento de la conducta anormal (por ejemplo, qué procesos de aprendizaje o qué sesgos cognitivos mantienen la ansiedad). Es una ciencia nomotética, apoyada en la investigación experimental y epidemiológica.
- **Psicopatología clínica (o aplicada).** Aplica ese conocimiento al individuo concreto: evaluar, diagnosticar y explicar el caso de una persona determinada. Es la vertiente que utiliza el profesional en la consulta y, como veremos, también el perito ante el juzgado.

Una segunda distinción clásica separa la **psicopatología descriptiva**, que identifica, define y clasifica los fenómenos anormales (qué es una alucinación, en qué se diferencia de una ilusión), de la **psicopatología explicativa**, que formula hipótesis y modelos sobre por qué aparecen y se mantienen (las teorías biológicas, conductuales o cognitivas que estudiaremos en la sección 1.2). La descriptiva es lógicamente previa: no puede explicarse aquello que no se ha delimitado con precisión.

Las unidades de análisis: del síntoma al trastorno

El lenguaje psicopatológico se organiza en niveles de complejidad creciente. Dominarlos es imprescindible, porque los informes periciales y las preguntas de examen juegan con frecuencia con su confusión.

Definición 1.2 (Síntoma, signo, síndrome y trastorno)**.**

- **Síntoma**: manifestación *subjetiva* de una alteración, comunicada por la propia persona (tristeza, oír voces, sensación de irrealidad).
- **Signo**: manifestación *objetiva*, observable o medible por el evaluador (temblor, enlentecimiento psicomotor, lenguaje desorganizado, un resultado de laboratorio).

- **Síndrome**: conjunto de síntomas y signos que tienden a aparecer juntos con regularidad y presentan una evolución característica, con independencia de su causa (por ejemplo, el síndrome de abstinencia).
- **Trastorno**: síndrome clínicamente significativo que cumple los criterios de un sistema de clasificación, que implica una disfunción en la persona y que se asocia normalmente a malestar o deterioro.

En medicina se reserva el término *enfermedad* para entidades de etiología y patogenia conocidas. Como en la mayoría de los cuadros mentales la causa no es única ni conocida con certeza, el DSM y la CIE prefieren hablar de *trastorno* (*disorder*).

El paso del síntoma al trastorno no es una mera suma: requiere que los fenómenos se agrupen de forma estable (síndrome) y que alcancen significación clínica. Un único síntoma aislado, como una experiencia alucinatoria al quedarse dormido, no constituye por sí mismo un trastorno.

1.2 Breve historia de la psicopatología

La forma de entender la locura ha determinado, en cada época, cómo se ha tratado jurídicamente al "loco" que delinque. Repasamos los hitos esenciales.

- **Concepciones demonológicas.** En las sociedades primitivas y durante buena parte de la Edad Media y el Renacimiento, la conducta anormal se atribuía a posesión por espíritus o demonios. Prácticas como la trepanación prehistórica o el exorcismo derivan de esta idea. El *Malleus Maleficarum* (Kramer y Sprenger, 1486) sirvió de manual para identificar "brujas", muchas de las cuales probablemente padecían trastornos mentales. Johann Weyer (siglo XVI) defendió ya que estas personas eran enfermos y no endemoniados.
- **Hipócrates (siglos V–IV a. C.).** Inicia la concepción naturalista: los trastornos tienen causas naturales, no divinas. Propuso la teoría de los cuatro humores, describió cuadros como la manía, la melancolía y la frenitis, y negó el carácter sagrado de la epilepsia. Galeno sistematizó después esta tradición.
- **Philippe Pinel (1745–1826) y el tratamiento moral.** Tras la Revolución francesa, en Bicêtre y la Salpêtrière liberó de las cadenas a los internados y promovió un trato humano, ordenado y respetuoso (tratamiento moral); en Inglaterra, William Tuke impulsó un modelo similar en el York Retreat. España aporta un precedente notable: el hospital fundado en Valencia en 1409 a iniciativa del padre Jofré.
- **Emil Kraepelin (1856–1926).** Padre de la nosología psiquiátrica moderna. A partir de la observación del curso y del pronóstico separó la *dementia praecox* (deterioro progresivo) de la locura maníaco-depresiva (curso fásico con recuperación). Su enfoque descriptivo-categorial es el antecedente directo del DSM actual.
- **Sigmund Freud (1856–1939).** Con el psicoanálisis introduce el determinismo psíquico, el inconsciente y el papel de los conflictos y de la historia temprana: el primer gran modelo psicológico (no orgánico) de la conducta anormal.
- **Karl Jaspers (1883–1969).** Su *Psicopatología general* (1913) funda la psicopatología descriptiva fenomenológica. Distingue entre *comprender* (captar empáticamente la conexión de sentido entre vivencias) y *explicar* (establecer relaciones causales objetivas), y entre *desarrollo* de la personalidad (comprensible) y *proceso* (ruptura incomprensible de la biografía).

La línea temporal anterior resume una tendencia de fondo: la progresiva "naturalización" de la locura. Esta evolución tiene consecuencias jurídicas directas, pues solo cuando el trastorno se concibe como un estado natural que altera las capacidades de la persona puede plantearse que esta no sea plenamente responsable de sus actos.

1.3 Criterios de anormalidad

No existe un criterio único y suficiente para decidir qué es anormal. En la práctica se combinan varios, cada uno con ventajas y limitaciones.

1. **Criterio estadístico.** Es anormal lo infrecuente, lo que se aleja de la media de la población. Suele operativizarse como una desviación superior a dos desviaciones típicas ($|z| > 2$). Es objetivo y

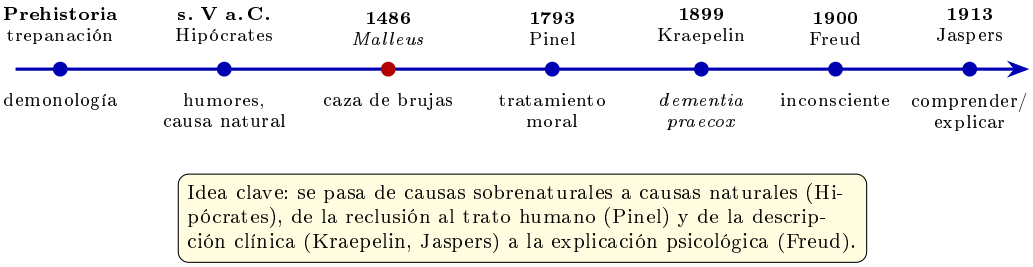


Figura 1.1: Línea del tiempo de las concepciones de la anormalidad: del enfoque demonológico al naturalismo hipocrático, el humanitarismo de Pinel, la nosología de Kraepelin, el psicoanálisis de Freud y la fenomenología de Jaspers, base de la psicopatología descriptiva actual.

cuantificable, pero no distingue entre desviaciones deseables e indeseables (una inteligencia muy alta es tan infrecuente como una discapacidad intelectual) y algunos trastornos son muy frecuentes (ansiedad, depresión).

2. **Criterio social o normativo.** Es anormal lo que transgrede las normas sociales y culturales. Recoge la dimensión cultural de la conducta, pero es relativo (varía entre culturas y épocas: la homosexualidad figuró como trastorno en el DSM hasta 1973) y corre el riesgo de patologizar la disidencia.
3. **Criterio subjetivo o de malestar.** Es anormal aquello que la propia persona vive como sufrimiento. Respeta la experiencia individual, pero falla en sentido doble: hay malestar normal (el duelo) y trastornos sin malestar ni conciencia de enfermedad (fase maníaca, trastorno antisocial de la personalidad, muchas psicosis).
4. **Criterio biológico.** Es anormal lo que obedece a una alteración del sustrato orgánico (lesión, alteración neuroquímica, genética). Aporta objetividad, pero para la mayoría de los trastornos no existen marcadores biológicos diagnósticos.
5. **Criterio interpersonal.** Es anormal la conducta que altera gravemente las relaciones con los demás o les causa malestar. Es útil en los trastornos de la personalidad, pero depende de la tolerancia del entorno.
6. **Criterio de deterioro funcional (adaptativo).** Es anormal lo que impide o limita el funcionamiento en áreas importantes (trabajo, estudios, familia, autocuidado). Es el criterio más usado en la práctica y aparece en casi todos los trastornos del DSM (“malestar clínicamente significativo o deterioro”).

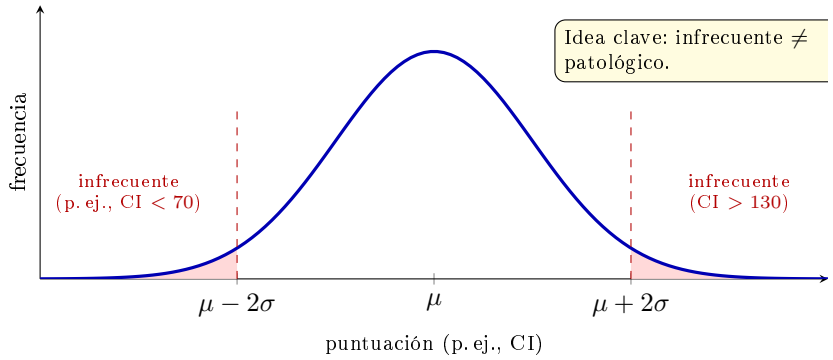


Figura 1.2: Criterio estadístico de anormalidad sobre una distribución normal: las zonas sombreadas, más allá de dos desviaciones típicas, son estadísticamente infrecuentes (alrededor del 2,3 % en cada cola). La cola derecha muestra la principal debilidad del criterio: lo infrecuente no siempre es patológico.

La gráfica anterior ilustra por qué el criterio estadístico es necesario pero insuficiente: delimita con precisión lo infrecuente, pero no contiene ningún juicio sobre si esa desviación es perjudicial. En el ámbito forense es útil cuando se trabaja con pruebas tipificadas (por ejemplo, para valorar una discapacidad intelectual), siempre combinado con criterios funcionales.

Tabla 1.1: Criterios de anormalidad: fundamento, ventajas y limitaciones

Criterio	¿Qué es anormal?	Ventaja	Limitación principal
Estadístico	Lo infrecuente (> 2 DT de la media)	Objetivo, cuantificable	No distingue desviaciones deseables; trastornos frecuentes
Social/normativo	Lo que viola normas sociales	Recoge la cultura	Relativismo; riesgo de patologizar la disidencia
Subjetivo	Lo que produce malestar propio	Valora la vivencia	Malestar normal; trastornos sin conciencia de enfermedad
Biológico	Lo debido a alteración orgánica	Objetividad médica	Pocos marcadores biológicos diagnósticos
Interpersonal	Lo que daña las relaciones	Útil en personalidad	Depende de la tolerancia del entorno
Deterioro funcional	Lo que limita la adaptación	Muy práctico; base del DSM	Requiere juicio sobre qué es funcionar "bien"

Ejemplo 1.3 (Caso 1: Elena y el criterio subjetivo)**. Datos del caso.** Elena, de 46 años, acude a consulta tres semanas después del fallecimiento repentino de su marido. Llora a diario, duerme mal, ha perdido el apetito y dice sentirse "rota". Sigue cuidando de sus hijos y se ha reincorporado a su trabajo con algunas dificultades de concentración.

Análisis psicopatológico. Si aplicáramos solo el criterio subjetivo, Elena sería "anormal": sufre intensamente. Sin embargo, su respuesta es esperable y culturalmente aceptada ante una pérdida, su funcionamiento se mantiene y no hay indicios de disfunción de un mecanismo psicológico. El DSM-5-TR excluye expresamente de la definición de trastorno las respuestas esperables a pérdidas comunes.

Diagnóstico diferencial. Debe vigilarse la posible evolución hacia un episodio depresivo mayor (ideas de inutilidad, ideación suicida, deterioro marcado) o hacia un trastorno de duelo prolongado, que en el DSM-5-TR exige que hayan pasado al menos 12 meses desde la pérdida en adultos.

Conclusión. Malestar no equivale a trastorno; el criterio subjetivo debe combinarse con el funcional y con el de disfunción.

1.4 La disfunción perjudicial de Wakefield

Ante las limitaciones de cada criterio aislado, Jerome Wakefield (1992) propuso un análisis conceptual que ha influido decisivamente en la definición del DSM.

Definición 1.4 (Trastorno como disfunción perjudicial (Wakefield))**.** Un trastorno mental es una *disfunción perjudicial* (*harmful dysfunction*): existe trastorno solo si concurren (a) una **disfunción**, es decir, el fallo de un mecanismo mental para realizar la función natural para la que fue diseñado por la evolución (componente fáctico, científico), y (b) un **perjuicio**, es decir, que ese fallo cause un daño o privación a la persona según los valores sociales (componente valorativo).

El modelo es híbrido: combina un elemento objetivo (la disfunción) y uno normativo (el daño). Ninguno basta por sí solo. Una disfunción sin perjuicio (por ejemplo, una variante anatómica sin consecuencias) no es trastorno; un perjuicio sin disfunción (la tristeza tras una pérdida, la conducta delictiva motivada por el beneficio) tampoco lo es.

La figura anterior aclara que la tabla de doble entrada de Wakefield actúa como un filtro: el cuadrante superior derecho recoge sufrimientos y conductas dañinas que no deben confundirse con patología. Esta distinción es esencial en psicopatología forense, porque evita que el delito se "psiquiatrice" por el mero hecho de ser grave o extraño.

1.5 La definición de trastorno mental en el DSM-5-TR

El DSM-5-TR (APA, 2022) recoge una definición que integra los criterios anteriores. Parafraseada, establece lo siguiente:

Definición 1.5 (Trastorno mental según el DSM-5-TR)**.** Un trastorno mental es un **síndrome** caracterizado por una **alteración clínicamente significativa** de la cognición, la regulación emocional o el comportamiento de una persona, que refleja una **disfunción** de los procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo que subyacen al funcionamiento mental. Habitualmente se asocia a un **malestar significativo o a discapacidad** social, laboral o en otras actividades importantes. Quedan excluidas: (a) la respuesta esperable o culturalmente aceptada ante un estrés o pérdida comunes (como la muerte de un

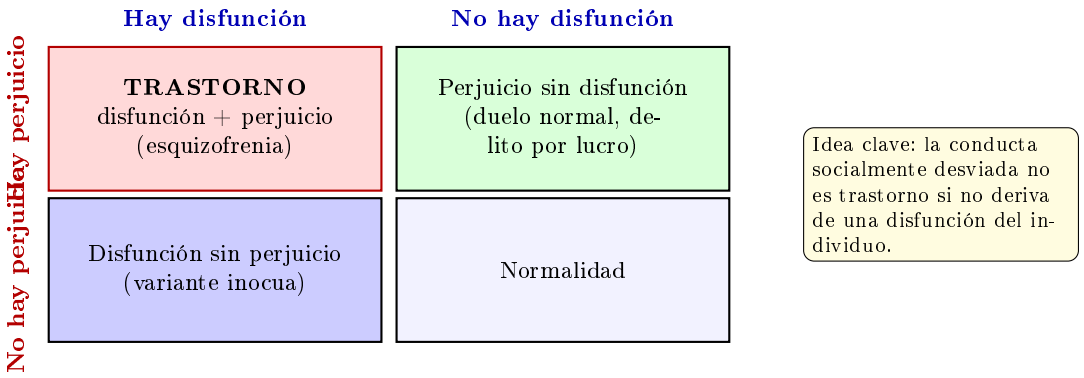


Figura 1.3: Análisis de Wakefield como cruce de dos condiciones. Solo la combinación de disfunción y perjuicio define un trastorno. El cuadrante del perjuicio sin disfunción es crucial en el ámbito forense: incluye la delincuencia común, que no es por sí misma patología.

ser querido) y (b) el comportamiento socialmente desviado (político, religioso o sexual) y los conflictos entre el individuo y la sociedad, salvo que deriven de una disfunción del individuo.

Obsérvese la huella de los criterios estudiados: síndrome (psicopatología descriptiva), disfunción (Wakefield), malestar (criterio subjetivo), discapacidad (deterioro funcional) y la cláusula de exclusión de la desviación social (límite del criterio normativo). El propio DSM-5-TR advierte, en su declaración sobre el uso forense, que un diagnóstico clínico no implica por sí solo que se cumplan los criterios legales de responsabilidad o capacidad: entre diagnóstico y consecuencia jurídica media siempre el análisis funcional del caso (sección 1.4).

Normalidad y anormalidad: un continuo

Los sistemas categoriales sugieren que se "tiene" o "no se tiene" un trastorno, pero la investigación muestra que la mayoría de los fenómenos psicopatológicos se distribuyen de forma **dimensional**: la ansiedad, la tristeza, la desconfianza o la impulsividad varían en intensidad desde niveles normales hasta niveles clínicos. El punto de corte entre lo normal y lo patológico es, en buena medida, una convención basada en la intensidad, la duración, la frecuencia y, sobre todo, en el malestar y el deterioro que provocan. Por eso un mismo síntoma (por ejemplo, una ideación de persecución) puede ser una sospecha razonable, una idea sobrevalorada o un delirio, según su grado de convicción, su impermeabilidad a la argumentación y su repercusión en la vida de la persona.

Ejemplo 1.6 (Caso 2: Tomás y el criterio normativo)**. Datos del caso.** Tomás, de 29 años, es detenido por desórdenes públicos durante una protesta. Ha participado en varias acciones de desobediencia civil por motivos ecologistas, expone sus ideas con vehemencia y su familia considera "que está obsesionado". Trabaja, mantiene relaciones estables y su discurso es coherente.

Análisis psicopatológico. Su conducta transgrede normas sociales y legales, pero responde a convicciones ideológicas compartidas por un grupo, comprensibles en el sentido de Jaspers, sin alteraciones formales del pensamiento ni deterioro funcional.

Diagnóstico diferencial. Habría que descartar un trastorno delirante (creencias idiosincrásicas, inamovibles, no compartidas culturalmente) o un episodio maníaco (aceleración, grandiosidad, disminución de la necesidad de dormir), ausentes en este caso.

Valoración forense. La definición del DSM-5-TR excluye la desviación política que no deriva de una disfunción. No procede plantear una alteración psíquica relevante a efectos de imputabilidad: la responsabilidad se dirime con las normas penales ordinarias.

1.6 Puente al resto del libro: qué es la psicopatología forense

Todo lo anterior adquiere un sentido particular cuando el conocimiento psicopatológico se pone al servicio de la Administración de Justicia.

Definición 1.7 (Psicopatología forense)**.** Aplicación de los conocimientos de la psicopatología al ámbito jurídico, con el objetivo de evaluar la existencia, naturaleza e intensidad de alteraciones psíquicas y su

relación con cuestiones legales concretas (imputabilidad, peligrosidad, capacidad civil, daño psíquico, credibilidad, internamiento), asesorando al órgano judicial mediante la prueba pericial.

Su objeto no es el trastorno en sí mismo, sino la **relación entre el trastorno y el hecho jurídicamente relevante**: no basta con diagnosticar una esquizofrenia; hay que establecer si, en el momento de los hechos, afectó a la capacidad de comprender la ilicitud o de actuar conforme a esa comprensión. Este enfoque condiciona profundamente la evaluación, que difiere de la clínica en varios aspectos.

Tabla 1.2: Evaluación clínica frente a evaluación psicopatológica forense

Dimensión analítica	**Contexto clínico**	**Contexto forense**
Cliente	El propio paciente	El juez o tribunal, o la parte que solicita la pericia
Finalidad	Terapéutica: aliviar el sufrimiento	Asesorar al juzgador sobre una cuestión legal
Confidencialidad	Amplia, protegida por el secreto profesional	Limitada: el informe se incorpora al proceso; se informa de ello al evaluado
Actitud del evaluado	Voluntaria, en general colaboradora	A menudo involuntaria; riesgo de simulación o disimulación
Relación	Empática, de ayuda	Objetiva, neutral y escéptica
Marco temporal	Presente y futuro	Con frecuencia retrospectivo (estado mental en el momento de los hechos)
Fuentes	Sobre todo, el relato del paciente	Múltiples y contrastadas: expediente, testigos, historia clínica, pruebas

Ejemplo 1.8 (Caso 3: Raúl, voces y una agresión)**. Datos del caso.** Raúl, de 34 años, agrede a un vecino con un objeto contundente. En la exploración pericial afirma que "unas voces" le ordenaron hacerlo. No consta historia psiquiátrica previa. Su abogado solicita la aplicación de la eximente del art. 20.1 del Código Penal.

Análisis psicopatológico. El perito debe analizar el síntoma (alucinaciones auditivas imperativas) en su contexto: si forma parte de un síndrome psicótico (otros síntomas positivos, desorganización, síntomas negativos), cuál es su curso, y si hay signos observables congruentes. Interesan su forma, su localización, la conducta del sujeto ante ellas y la coherencia con el patrón clínico conocido.

Diagnóstico diferencial. Psicosis primaria (esquizofrenia, trastorno psicótico breve), psicosis inducida por sustancias, y simulación: relatos demasiado llamativos, síntomas que solo aparecen ante el evaluador, ausencia de signos asociados, discrepancias con testigos y beneficio externo evidente.

Valoración forense. A diferencia del clínico, el perito no acepta el relato como dato suficiente: lo contrasta con múltiples fuentes, advierte a Raúl de que la evaluación no es confidencial y centra el análisis en el estado mental en el momento de los hechos y su relación funcional con la conducta. Solo entonces podrá orientar si existe base para una eximente completa, incompleta o una atenuante (sección 1.4).

Nota 1.9 (Errores típicos en el examen).

- Confundir **síntoma** (subjetivo, lo refiere el paciente) con **signo** (objetivo, lo observa el evaluador).
- Creer que **síndrome** implica causa conocida: es una agrupación de síntomas y signos, con independencia de su etiología; la *enfermedad* sí la exige.
- Atribuir a Kraepelin la distinción **comprender/explicar**: es de **Jaspers**. Kraepelin separó la *dementia praecox* de la locura maníaco-depresiva por su curso.
- Pensar que, para Wakefield, basta con el perjuicio: hacen falta **disfunción y perjuicio**.
- Afirmar que el DSM-5-TR considera trastorno toda conducta socialmente desviada: la **excluye**, salvo que derive de una disfunción individual.
- Suponer que en la pericia el "cliente" es el evaluado: es el **órgano judicial** (o la parte que la solicita).

Nota 1.10 (Ampliación). En 1973, David Rosenhan publicó en *Science* "On being sane in insane places": ocho personas sanas ingresaron en hospitales psiquiátricos simulando oír voces y, aunque dejaron de simular tras el ingreso, fueron diagnosticadas mayoritariamente de esquizofrenia y retenidas una media de 19 días. El estudio impulsó la exigencia de criterios diagnósticos explícitos (DSM-III, 1980). Investigaciones posteriores, como la de Susannah Cahalan (2019), han puesto en duda la fiabilidad de algunos

de sus datos, lo que ilustra a su vez la importancia de contrastar las fuentes, una máxima también de la pericia.

1.7 Síntesis de la sección

La psicopatología estudia la conducta anormal en dos vertientes (ciencia básica y clínica) y dos niveles (descriptivo y explicativo), con unidades de análisis jerárquicas: síntoma, signo, síndrome y trastorno. Históricamente se pasó de la demonología al naturalismo de Hipócrates, al humanitarismo de Pinel, a la nosología de Kraepelin, al psicoanálisis de Freud y a la fenomenología de Jaspers. Ningún criterio de anormalidad (estadístico, normativo, subjetivo, biológico, interpersonal o funcional) es suficiente por sí solo; Wakefield los integra como disfunción perjudicial y el DSM-5-TR define el trastorno como síndrome con alteración clínicamente significativa que refleja una disfunción. Normalidad y anormalidad forman un continuo. La psicopatología forense aplica este saber a cuestiones legales, con un cliente, una finalidad y una confidencialidad distintos a los de la clínica.

Ejercicios 1.11 (Preguntas tipo test)**.**

1. Una manifestación objetiva de una alteración, observada por el evaluador, se denomina:

   a) Signo.

   b) Síntoma.

   c) Síndrome.

   Respuesta: a). El signo es objetivo y observable (temblor, enlentecimiento). El síntoma es subjetivo, referido por la persona, y el síndrome es un conjunto de síntomas y signos que aparecen juntos.

2. La distinción entre "comprender" y "explicar" en psicopatología se debe a:

   a) Kraepelin.

   b) Jaspers.

   c) Pinel.

   Respuesta: b). Jaspers, en su *Psicopatología general* (1913), opuso la comprensión empática de conexiones de sentido a la explicación causal. Kraepelin destacó por su nosología basada en el curso, y Pinel por el tratamiento moral.

3. ¿Cuál es la principal limitación del criterio estadístico de anormalidad?

   a) No permite cuantificar la conducta.

   b) Depende exclusivamente del sufrimiento del sujeto.

   c) No distingue entre desviaciones deseables e indeseables.

   Respuesta: c). Una inteligencia muy alta es tan infrecuente como una muy baja. El criterio es precisamente cuantificable (falla a) y el sufrimiento corresponde al criterio subjetivo (falla b).

4. Según Wakefield, un trastorno mental requiere:

   a) Una disfunción de un mecanismo natural y un perjuicio valorado socialmente.

   b) Únicamente un perjuicio para la persona o para la sociedad.

   c) Una desviación de más de dos desviaciones típicas de la media.

   Respuesta: a). El modelo de disfunción perjudicial es híbrido: componente fáctico (disfunción) y valorativo (perjuicio). El perjuicio aislado no basta, y la desviación estadística es otro criterio distinto.

5. Según el DSM-5-TR, el comportamiento socialmente desviado de tipo político:

   a) Constituye siempre un trastorno mental si es reiterado.

   b) No es un trastorno mental salvo que derive de una disfunción del individuo.

   c) Se clasifica como trastorno de la personalidad.

Respuesta: b). La definición del DSM-5-TR excluye expresamente la desviación social (política, religiosa o sexual) y los conflictos individuo-sociedad, salvo que resulten de una disfunción. La reiteración no la convierte en trastorno.

6. La separación entre *dementia praecox* y locura maníaco-depresiva, basada en el curso y el pronóstico, se debe a:

   a) Freud.

   b) Hipócrates.

   c) Kraepelin.

   Respuesta: c). Kraepelin diferenció ambos cuadros por su evolución (deterioro frente a curso fásico). Hipócrates describió la manía y la melancolía en clave humoral, y Freud desarrolló el psicoanálisis.

7. En la evaluación psicopatológica forense, a diferencia de la clínica:

   a) La confidencialidad es limitada y debe informarse de ello al evaluado.

   b) El cliente principal es siempre el propio evaluado.

   c) La finalidad prioritaria es terapéutica.

   Respuesta: a). El informe pericial se incorpora al proceso, por lo que el evaluado debe conocer que no rige la confidencialidad clínica. El cliente es el órgano judicial o la parte, y la finalidad es asesorar, no tratar.

8. Una persona en fase maníaca que no experimenta malestar ni se considera enferma pone de manifiesto una limitación del criterio:

   a) Estadístico.

   b) Subjetivo.

   c) Biológico.

   Respuesta: b). El criterio subjetivo exige malestar o vivencia de anormalidad, que falta en trastornos sin conciencia de enfermedad (manía, psicosis, trastorno antisocial). Los criterios estadístico y biológico no dependen de la vivencia del sujeto.

2 Modelos teóricos en psicopatología

2.1 ¿Por qué necesitamos modelos teóricos?

Una vez establecido qué entendemos por conducta anormal (sección anterior), surge la pregunta decisiva: *¿por qué* aparece un trastorno mental y *cómo* se mantiene? Un modelo teórico es una lente: determina qué datos se recogen, qué se considera causa, qué tratamiento se propone y, en el ámbito forense, cómo se interpreta la relación entre el trastorno y el hecho delictivo. Ningún modelo es neutral: el psiquiatra organicista del siglo XIX (Griesinger: "las enfermedades mentales son enfermedades del cerebro") y el psicoanalista de principios del XX miraban al mismo paciente y veían realidades distintas.

Definición 1.12 (Modelo teórico en psicopatología)**.** Conjunto organizado de supuestos sobre la naturaleza, las causas (etiología), los mecanismos de mantenimiento y la modificación de la conducta anormal, que orienta la investigación, la evaluación, la intervención y la interpretación pericial.

La historia de la disciplina puede leerse como una sucesión de modelos "puros" (biomédico, psicodinámico, conductual, cognitivo, humanista, sistémico) que, a partir de los años setenta, convergen en modelos *integradores* (vulnerabilidad-estrés, biopsicosocial) y, en el siglo XXI, en enfoques *transdiagnósticos*. El manual de Sandín y colaboradores adopta precisamente esta perspectiva integradora.

2.2 El modelo biomédico o biológico

El modelo biomédico concibe el trastorno mental como una *enfermedad*: existe una alteración orgánica (genética, bioquímica o estructural) que produce síntomas, del mismo modo que una lesión pancreática produce diabetes. Su gran éxito histórico fue la parálisis general progresiva, cuya causa sifilítica se

demostró en 1913 (Noguchi y Moore). Kraepelin, con su nosología basada en curso y pronóstico, es su referente clásico. Se apoya en tres líneas de evidencia:

- **Genética.** Estudios de familias, gemelos y adopción muestran heredabilidades elevadas: en torno al 80 % en esquizofrenia y entre el 60 y el 85 % en el trastorno bipolar. Los estudios de asociación del genoma completo (GWAS) revelan una arquitectura *poligénica*: miles de variantes de efecto mínimo, no "un gen de la locura". La investigación de interacción gen-ambiente es crucial en lo forense: Caspi y colaboradores (2002) hallaron que la variante de baja actividad del gen *MAOA* solo aumentaba la conducta antisocial en varones que habían sufrido maltrato infantil.
- **Neurotransmisores.** Hipótesis dopaminérgica de la esquizofrenia (hiperactividad mesolímbica asociada a síntomas positivos), hipótesis monoaminérgica de la depresión (noradrenalina, serotonina) y asociación entre baja actividad serotoninérgica (metabolito 5-HIAA en líquido cefalorraquídeo) e impulsividad agresiva.
- **Neuroimagen.** Técnicas estructurales (TC, RM) y funcionales (RMf, PET). Hallazgos clásicos: ventrículos laterales aumentados en la esquizofrenia; hipoactividad prefrontal y alteraciones de la amígdala en la conducta violenta impulsiva y en la psicopatía. El caso de Phineas Gage (1848) es el antecedente histórico de la relación entre lesión prefrontal ventromedial y cambio de personalidad.

Críticas. Reduccionismo (explicar la mente solo por el cerebro), escasa especificidad de los marcadores biológicos (ninguno sirve aún para diagnosticar un trastorno) y riesgo de olvidar el contexto. Que un fármaco alivie un síntoma no demuestra que la causa sea bioquímica (falacia *ex juvantibus*).

2.3 El modelo psicodinámico

Fundado por Sigmund Freud, sostiene que la conducta anormal resulta de *conflictos inconscientes* entre las instancias del aparato psíquico (ello, yo, superyó), originados en experiencias infantiles y gestionados mediante *mecanismos de defensa* (represión, proyección, negación, desplazamiento, racionalización). El síntoma es una "formación de compromiso": satisface parcialmente un deseo y a la vez lo oculta. Desarrollos posteriores son la psicología del yo, las relaciones objetales y la teoría de la organización límite de la personalidad de Kernberg.

En el terreno forense, Freud describió en 1916 a "los que delinquen por sentimiento de culpa": sujetos que cometen el delito para obtener un castigo que alivie una culpa inconsciente previa. Su principal limitación es la dificultad de contrastación empírica, lo que reduce su peso en un informe pericial, que debe basarse en métodos verificables.

2.4 El modelo conductual: la conducta anormal se aprende

Frente al inconsciente inobservable, el conductismo (Watson, 1913) propone estudiar solo la conducta observable. La conducta anormal *se aprende* por los mismos principios que la normal:

- **Condicionamiento clásico** (Pavlov): un estímulo neutro asociado a un estímulo incondicionado aversivo adquiere la capacidad de provocar miedo. Watson y Rayner (1920) condicionaron el miedo a una rata blanca en el "pequeño Albert". Seligman (1971) añadió la *preparación*: aprendemos con mayor facilidad miedos filogenéticamente relevantes (serpientes, alturas).
- **Condicionamiento operante** (Thorndike, Skinner): la conducta se mantiene por sus consecuencias. El refuerzo positivo (obtener algo) y el negativo (eliminar algo aversivo) la aumentan; el castigo la reduce. La *teoría bifactorial* de Mowrer combina ambos: el miedo se adquiere por condicionamiento clásico y la evitación se mantiene por refuerzo negativo.
- **Aprendizaje vicario u observacional** (Bandura): aprendemos observando modelos y las consecuencias de su conducta. Los experimentos del muñeco Bobo (1961-1963) mostraron que los niños imitan la agresión observada, especialmente si el modelo es recompensado.

2.5 El modelo cognitivo y el cognitivo-conductual

La "revolución cognitiva" de los años sesenta introdujo un elemento mediador entre estímulo y respuesta: *cómo interpreta la persona lo que ocurre*. No son los hechos, sino su significado, lo que genera la emoción y la conducta.

- **Aaron T. Beck**: la depresión se explica por *esquemas* disfuncionales que, activados por sucesos estresantes, generan pensamientos automáticos negativos y *distorsiones cognitivas* (inferencia arbitraria, abstracción selectiva, sobregeneralización, maximización/minimización, personalización, pensamiento dicotómico). Su núcleo es la *tríada cognitiva*: visión negativa de uno mismo, del mundo y del futuro.

- **Albert Ellis**: terapia racional emotivo-conductual (TREC) y modelo **ABC**: un acontecimiento activador (A) no causa directamente la consecuencia emocional (C); la causa son las creencias (B, *beliefs*) irracionales, típicamente exigencias absolutistas ("debo", "tengo que").

- **Procesamiento de la información**: la psicopatología se asocia a sesgos atencionales (la persona ansiosa detecta antes la amenaza), interpretativos y de memoria.

Definición 1.13 (Modelo cognitivo-conductual)**.** Integración de los principios del aprendizaje con los procesos cognitivos: pensamientos, emociones, conductas y respuestas fisiológicas se influyen recíprocamente, y la conducta anormal se mantiene por la interacción entre interpretaciones disfuncionales y contingencias ambientales. Es hoy el modelo con mayor apoyo empírico en psicología clínica.

En criminología, este modelo enlaza con las *técnicas de neutralización* de Sykes y Matza (1957): negación del daño, de la víctima o de la responsabilidad. Son distorsiones cognitivas que facilitan el delito y que los programas de tratamiento penitenciario trabajan expresamente.

2.6 Modelos humanista-existencial y sistémico

El **modelo humanista** (Rogers, Maslow) concibe al ser humano como orientado al crecimiento y a la autorrealización. Para Rogers, el malestar surge de la *incongruencia* entre el autoconcepto y la experiencia, alimentada por "condiciones de valía" impuestas por otros. La vertiente **existencial** (Frankl, May) sitúa el sufrimiento en la vivencia de vacío, sinsentido, libertad y responsabilidad. Es el modelo que más enfatiza el libre albedrío.

El **modelo sistémico** desplaza el foco del individuo a sus *relaciones*: el síntoma cumple una función dentro del sistema familiar y el portador del síntoma es el "paciente identificado". Hitos: teoría del doble vínculo (Bateson y la escuela de Palo Alto, 1956), terapia estructural de Minuchin. Relacionada con este enfoque está la investigación sobre la *emoción expresada* (críticas, hostilidad, sobreimplicación familiar), que predice recaídas en la esquizofrenia.

Tabla 1.3: Los modelos clásicos: causa, conducta delictiva e implicación forense

Modelo	**Causa del trastorno**	**Cómo explica el delito asociado**	**Implicación forense**
Biomédico	Alteración genética, bioquímica o cerebral	Disfunción neurobiológica (p. ej., lesión prefrontal, psicosis dopaminérgica)	Puede fundamentar la "anomalía o alteración psíquica"; riesgo de determinismo biológico
Psicodinámico	Conflicto inconsciente, defensas	Acting out, culpa inconsciente, impulsos no integrados	Escaso valor probatorio por falta de contrastación
Conductual	Aprendizaje (clásico, operante, vicario)	Conducta reforzada o imitada	No anula la libertad; orienta el tratamiento penitenciario
Cognitivo	Esquemas, creencias, sesgos	Distorsiones y neutralizaciones que justifican el acto	Las distorsiones no eximen salvo que alcancen intensidad delirante
Humanista-existencial	Incongruencia, vacío existencial	Fracaso en la búsqueda de sentido	Máxima responsabilidad personal
Sistémico	Disfunción relacional	Función del síntoma en el sistema	Útil en familia y menores; la responsabilidad penal sigue siendo individual