Por qué así

LO MÁS REPETIDO EN LOS EXÁMENES

Psicopatología Forense

Qué cae y cómo, a partir de 19 convocatorias de examen

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. Concepto de psicopatología, criterios de anormalidad y clasificación

Cae en: A18F1, D18F2, A18SO, A19F1, D19F2, A20F1, D20F2, 22F1, 22F2, A22SO, A24F1, D24F2, A24SO, A25F1, D25F2, A25SO, A26F1, D26F2, A26SO. Tema «de regalo»: 32 preguntas en 19 convocatorias; suelen ser las preguntas 1–2 del examen.

Disciplinas: quién estudia qué

- **Psicopatología**: *descripción, evolución y etiología* (causas y características) de los trastornos psicológicos. Ciencia **básica**, enfoque **nomotético** (leyes generales): «qué es y por qué ocurre».
- **Psicología clínica**: *diagnóstico, prevención y tratamiento.* Ciencia **aplicada**, enfoque **idiográfico** (caso concreto): «qué hago con este paciente».
- **Psicología de la salud**: factores psicológicos de las **enfermedades físicas**, en ambas direcciones (mente ↔ cuerpo).
- **Psicología de la personalidad**: el comportamiento *normal*; la psicopatología, el *alterado*.
- No son sinónimas ni comparten «procesos básicos y aplicados»: se definen por oposición.

Parejas que se preguntan cada año

- Psicopatología = básica, nomotética, *menos* idiográfica.
- Clínica = aplicada, *más* idiográfica («idio-» = propio).
- Salud = cuerpo enfermo; psicopatología = mente alterada.
- DSM = American **Psychiatric** Association (APA); CIE = OMS.

Criterios de anormalidad

- **Estadístico**: lo infrecuente, alejado de la media. Rige el **principio de continuidad** (curva normal: normal y anormal difieren en grado).
- **Social**: normas de la sociedad y la época; cambia con la cultura. Ej.: la homosexualidad fue «trastorno» hasta el DSM-III (1980).
- **Sufrimiento** (subjetivo): malestar del propio sujeto aunque funcione bien.
- **Interferencia**: deterioro del *funcionamiento* (social, laboral...).
- **Clínico**: evaluación de *síntomas* (subjetivos: ansiedad, tristeza) y *signos* (objetivos) de la disfunción. Considera manifestaciones objetivas **y** subjetivas.
- **Biológico**: alteración orgánica.

Principios generales: nunca basta un único criterio (se combinan); su significado **depende del contexto** (el contexto nunca es irrelevante); ningún criterio aislado es «necesario» ni «suficiente».

Mini-casos. Vicente nunca saluda y los vecinos lo ven raro ⇒ *social*. María está triste y cansada pero hace vida normal ⇒ *sufrimiento*. Alguien no puede trabajar por su problema ⇒ *interferencia*.

Factores causales (modelo bio-psico-social)

- **Predisponentes**: lejanos, de fondo: genes, **embarazo y parto** (perinatales), infancia.
- **Precipitantes**: eventos específicos **poco antes** del inicio: muerte de un ser querido, divorcio («la gota que colma el vaso»).
- **Mantenimiento**: lo que lo perpetúa una vez instaurado.
- **Millon**: aboga por concepciones **generales, amplias y unificadoras** (integración), no por un único tipo de causa.
- **Duración** del fenómeno: menos decisiva en clínica, pero **muy relevante** en investigación y clasificación.

Ej.: Patricio se divorcia y poco después desarrolla pánico ⇒ el divorcio es *precipitante*.

Clasificación: DSM-IV frente a DSM-5

- En el DSM-IV, pánico y TOC estaban juntos (ansiedad); en el DSM-5 el TOC tiene capítulo propio, igual que trauma y estrés (TEPT).

Trampas de los distractores.

- «Vida social» tienta hacia el criterio social, pero el deterioro es *interferencia*.
- Pregunta espejo: «¿qué estudia la psicopatología?» frente a «¿de qué se ocupa la clínica?».
- «Un único criterio», «el contexto es irrelevante», «no resulta relevante»: siempre falsas.
- «Ambas disciplinas...» o «son sinónimas»: falso.
- APA del DSM = Psiquiatría, no Psicología.
- Problemas perinatales nunca son precipitantes ni «protectores».

Esquema

- Psicopatología: causas y descripción (básica, nomotética).
- Clínica: diagnóstico y tratamiento (aplicada, idiográfica).
- Salud: mente y enfermedad física.
- Estadístico = infrecuente, continuidad; social = normas; sufrimiento = malestar; interferencia = funcionamiento; clínico = signos + síntomas.
- Varios criterios + contexto siempre.
- Predispone (lejos) → precipita (justo antes) → mantiene (después).
- Millon = integración; DSM = APA (psiquiatría).

2. Ansiedad, TOC y trastornos relacionados con trauma y estrés

Cae en: A18F1, D18F2, A18SO, A19F1, D19F2, A19SO, A20F1, D20F2, 22F1, 22F2, A22SO, A23F1, D23F2, A23SO, A24F1, D24F2, A24SO, A25F1, D25F2, A25SO, A26F1, D26F2, A26SO. El tema más preguntado: 100 preguntas, presente en las 23 convocatorias (4–6 por examen).

Clasificación DSM-5: qué es y qué no es «ansiedad»

- **Trastornos de ansiedad (DSM-5)**: ansiedad por separación, **mutismo selectivo**, fobia específica, ansiedad social, pánico, **agorafobia**, TAG, inducida por sustancias, **debida a otra enfermedad médica**.
- **Salieron** de ansiedad: el **TOC** (capítulo propio, «TOC y relacionados») y el **TEPT** y el estrés agudo (capítulo «trauma y estresores», junto al adaptativo). En el DSM-IV el TOC era de ansiedad.
- **Entraron**: separación y mutismo selectivo (antes infantiles).
- El *ataque* de pánico **no es un diagnóstico**: es un especificador; sí lo es el *trastorno* de pánico.

Epidemiología de la ansiedad

- Atención Primaria: **20–30 %** de los pacientes («1 de cada 4»); 40 % es exagerado (falso).
- Mujeres : hombres ≈ **2:1**. «Similar en ambos sexos» es falso en general.
- Excepciones con prevalencia similar: **TOC** (A25F1) y **fobia social** (A24F1).

Ataque de pánico y trastornos de ansiedad

- Ataque de pánico: **4 o más de 13** síntomas, inicio brusco y **pico en minutos**; puede darse *sin miedo*.
- Síntomas = *sensaciones* corporales o de catástrofe: palpitaciones, sudor, temblor, ahogo, **sensación de atragantarse**, dolor o malestar **torácico**, náuseas o **molestias abdominales**, mareo, escalofríos, parestesias, desrealización, miedo a perder el control, miedo a morir.
- **No** son síntomas: irritabilidad, tensión muscular (son del TAG), salir huyendo (conducta), desesperanza, malestar «en la espalda».
- **Agorafobia**: miedo a situaciones de las que es **difícil escapar o recibir ayuda** si surge el pánico (transporte, cines, lugares cerrados o abiertos, multitudes), no «exclusivamente espacios abiertos». Va en ansiedad.
- **TAG**: preocupación por múltiples temas + alerta continua + tensión muscular.
- **Fobia sangre-inyección-herida**: la más ligada a **factores genéticos**; respuesta vasovagal (desmayo).
- **Ansiedad por separación**: todo síntoma gira en torno a separarse de la figura de apego. Si el miedo es al colegio en sí, o la figura está presente, no cuenta.
- **Mutismo selectivo**: habla en unos contextos y no en otros; más en la **infancia**.
- Mantenimiento de huida/evitación: **refuerzo negativo** (quitar ansiedad).

Ej.: Pedro solo va al cine si se sienta junto a la salida ⇒ agorafobia. Samuel se preocupa por todo y vive en alerta ⇒ TAG. Valeria (7 años) no quiere separarse de sus padres ⇒ ansiedad por separación.

TOC y trastornos relacionados

- Familia DSM-5: **TOC, dismórfico corporal, acumulación, tricotilomanía, excoriación**.
- **Obsesión**: pensamiento o imagen intrusiva, **egodistónica**, que *sube* la ansiedad (p. ej., «va a ocurrir algo terrible»).
- **Compulsión**: acto, también **mental** (contar hacia atrás, repetir «Dios es bueno», decir «blanco»), que *baja* la ansiedad.
- Mantenimiento (condicionamiento operante): la compulsión alivia temporalmente ⇒ **refuerzo negativo**. Producen sensación de protección o bienestar.
- Biología: ineficiencia en la recaptación de **serotonina** (por eso ISRS).
- **Tricotilomanía**: arrancarse pelo de cualquier zona; sobre todo **cuero cabelludo**, cejas y pestañas; alivio tras el acto. En la CIE-10 era control de impulsos. Diferencial: arrancarse pelo por delirios (esquizofrenia).
- **Excoriación**: rascarse o pellizcarse la piel.
- **Dismórfico corporal**: defecto imaginado que nadie ve + espejo; especificador **dismorfia muscular** («no estoy musculado», «estoy hecho un palillo»).
- **Acumulación**: especificadores «con **adquisición excesiva**» e introspección. Con demencia o abandono ⇒ **síndrome de Diógenes**.

Prevalencias del espectro TOC

- Tricotilomanía (la más baja) < dismórfico (**1–2 %**) < acumulación (**3–5 %**, la más alta).

Trauma y estrés: TEA, TEPT, adaptativo

- **TEPT** (DSM-5): 4 grupos: **B** intrusión (≥ 1 de 5), **C** evitación (≥ 1), **D** cogniciones y ánimo negativos (≥ 2), **E** activación y reactividad (≥ 2). Regla **1-1-2-2**.
- **Flashbacks** = reacciones disociativas del grupo **B** (intrusión). Nunca D ni E.
- Irritabilidad, ira, **hipervigilancia**, sobresalto, insomnio = grupo **E**. Insensibilidad emocional («no sentir nada») = TEPT.
- **TEA**: mismo estresor grave que el TEPT; **3 días – 1 mes**; la **disociación** es una de sus 5 categorías de síntomas. El examen (A18F1) da como respuesta «≥ 3 respuestas disociativas», que era el criterio del DSM-IV (con mínimo de 2 días); el DSM-5 pide 9 de 14 síntomas. Puede preceder al TEPT; nunca ambos a la vez.

- **Adaptativo (TA)**: estresor de *cualquier* tipo, a menudo prolongado; inicio < 3 meses; tras cesar el estresor no dura **más de 6 meses** (techo, no suelo). Subtipos: depresivo, ansioso, mixto, alteración del comportamiento (*no* disociativo). Sí puede asociarse a suicidio.
- Disociación: TEA (mucha) > TEPT (especificador) > TA (ninguna).
- **CIE-10 y TEPT**: inicio en los 6 meses tras el trauma, **sin duración mínima** y sin agudo/crónico. CIE-10 en TA: inicio en 1 mes; distingue reacción depresiva breve y prolongada (el DSM no).
- **Duelo prolongado**: $\geq$ 1 año tras la pérdida (CIE-11: 6 meses).

Reloj del trauma

- TEA: 3 días – 1 mes.
- TEPT: $>$ 1 mes. Agudo $<$ 3 meses; **crónico $\geq$ 3 meses**; inicio demorado $\geq$ 6 meses.
- TA: inicio $<$ 3 meses; final $\leq$ 6 meses tras el cese.

Ej.: accidente hace tres semanas con reexperimentación $\Rightarrow$ TEA. Matilde, 8 meses tras una anafilaxia, no come fuera $\Rightarrow$ TEPT.

Trampas de los distractores.

- TOC o TEPT presentados como «de ansiedad» en el DSM-5; «estrés grave» o adaptativo tampoco.
- Cambiar 1 por 3 meses (TEPT frente a crónico) o 3 por 6 (TA); «al menos 6 meses» en el TA.
- Irritabilidad o tensión muscular como síntoma de pánico.
- Compulsión mental confundida con obsesión; «la obsesión alivia».
- «Negativo» del refuerzo leído como «malo».
- Agorafobia «exclusivamente» en espacios abiertos.
- Flashback como activación o cognición negativa.
- Subtipo «disociativo» en el TA; negar la categoría disociativa en el TEA.
- Nombres inventados: «fobia de separación».

Esquema

- Ansiedad DSM-5 incluye separación, mutismo y agorafobia; excluye TOC y TEPT.
- Pánico: 4 de 13, pico en minutos; ataque no es diagnóstico.
- AP: 20–30 %; mujeres 2:1 salvo TOC/fobia social.
- Familia TOC: TOC, dismórfico, acumulación, pelo, piel.
- Obsesión sube, compulsión baja: refuerzo negativo; serotonina.
- TEPT B-C-D-E = 1-1-2-2; flashback = B.
- TEA 3 días–1 mes; TEPT $>$ 1 mes; crónico $\geq$ 3.
- TA: 3 para entrar, 6 para salir; sin disociación.

3. Disociativos, síntomas somáticos, facticio y simulación

Cae en: A18F1, D18F2, A18SO, A19F1, D19F2, A19SO, A20F1, D20F2, 22F1, 22F2, A22SO, A23F1, D23F2, A23SO, A24F1, D24F2, A24SO, A25F1, D25F2, A25SO, A26F1, D26F2, A26SO. 70 preguntas tipo test en las 23 convocatorias (3–4 por examen), más un desarrollo (18SR) sobre criterios DSM-5 de síntomas somáticos, ansiedad por enfermedad, conversión y facticio.

Trastornos disociativos (DSM-5)

- Tres categorías: **trastorno de identidad disociativo** (TID), **amnesia disociativa** y **despersonalización/desrealización** (siempre juntas, con barra).
- **Etiología**: **acontecimientos traumáticos** (principal factor), **apego desorganizado** (la figura de seguridad es fuente de miedo), disgregación del yo como estrategia frente al estrés. Si la causa es física, no es disociativo.
- **TID** («personalidad múltiple»): $\geq$ 2 identidades **o** experiencia de posesión + amnesia (ambos obligatorios). Personalidad original más **sumisa y dependiente**; alter agresivo. Frecuentes **autoagresiones**, convulsiones, problemas de memoria, ideación suicida. CIE-10: en la forma de dos personalidades, cada una casi siempre ignora a la otra. Los amigos imaginarios infantiles **no** son criterio. No confundir con esquizofrenia.
- **Amnesia disociativa**: pérdida de memoria autobiográfica **incompatible con el olvido ordinario**; especificador **con fuga disociativa** («viaje con propósito» o «vagabundeo desconcertado»). La alteración de memoria autobiográfica aparece en amnesia y TID.
- **Despersonalización**: yo extraño, verse desde fuera. **Desrealización**: el mundo irreal, como un sueño. Basta una **o** la otra; requisito obligatorio: **juicio de realidad intacto**.
- **Trance y posesión**: categoría de la **CIE-10** (F44.3), dentro de los disociativos; solo si son **involuntarios o no deseados** e **interfieren** en la vida diaria. En un ritual chamánico culturalmente aceptado **no** es trastorno. En el DSM-5 la posesión entra en el TID.
- **Convulsiones disociativas**: rara vez mordedura de lengua, lesiones o **incontinencia**.

Ej.: Noemí siente que vive un sueño $\Rightarrow$ desrealización. Jaime (6 años), padres negligentes y apego desorganizado $\Rightarrow$ riesgo de disociativos.

Síntomas somáticos y relacionados

- Grupo de síntomas físicos **no autoprovocados** sin explicación médica = «trastornos **somatomorfos**» (nombre antiguo que usan las preguntas; DSM-5: trastornos de síntomas somáticos y relacionados).
- **Síntomas somáticos / somatización**: basta **un único síntoma** con reacción excesiva (DSM-IV pedía 8); se puede diagnosticar **con enfermedad médica**; especificador **dolor predominante**; hiperactividad en zonas que regulan el umbral del dolor. **Síndrome de Briquet**.
- **Ansiedad por enfermedad** (antigua hipocondría): alta ansiedad por la salud, bajo umbral de alarma, síntomas como mucho **leves**. Especificadores **con búsqueda de asistencia / con evitación de asistencia** (ambas conductas posibles).
- **Conversión** (síntomas neurológicos funcionales): déficit motor o sensorial sin enfermedad neurológica: ceguera, parálisis, sordera, afonía, convulsiones con desmayo, **anestesia en guante**, ataxia. «**Bella indiferencia**». Desencadenada por estrés. Freud: impulso instintivo que se desea expresar y se teme expresar. Se asocia a síntomas disociativos al inicio; en la CIE-10 comparte capítulo F44 con los disociativos.
- **Factores psicológicos que afectan a otras afecciones médicas**: gravedad 1 riesgo, **2 agrava**, 3 hospitalización o urgencias, 4 riesgo vital. Exclusión obligatoria: no se explica mejor por otro trastorno mental.
- **Facticio**: se presenta como enfermo, deteriorado o herido **sin incentivo externo**; incluye el **síndrome de Münchhau-**

sen.

Ej.: Marina se queda ciega antes de los exámenes ⇒ conversión. Mónica con media cara paralizada sin causa y sin fingir ⇒ conversión.

Datos y epónimos

- Somatización CIE-10: $\geq$ **2 años**; síntomas somáticos DSM-5: 6 meses.
- Briquet = somatización; Münchhausen = facticio; Ganser = respuestas aproximadas.
- Ataxia = falta de coordinación; astasia = no mantenerse en pie; abasia = no andar.
- Psicológicos que afectan a lo médico: 1-2-3-4 = riesgo, agrava, hospital, muerte.

Simulación y disimulación (contexto forense)

- **Simulación**: producción **intencionada** de síntomas físicos o psicológicos por **incentivos externos** (dinero, baja, evitar condena). Conducta **instrumental**, no patológica. En peritaje es la **hipótesis de partida**.
- **Disimulación**: **ocultación intencionada** de síntomas para obtener un beneficio o evitar una penalización: frecuente en **custodias**, permisos penitenciarios, selección de personal. El preso que se muestra «mejor» disimula (llamarlo simulación es lo impropio).
- Facticio frente a simulación: ambos fingen; la diferencia es **siempre el incentivo externo**.

Trampas de los distractores.

- Nombres híbridos: «trastorno disociativo de la personalidad», «identidad despersonalizada».
- Separar despersonalización y desrealización o exigir ambas.
- Simulación «para asumir el papel de enfermo» (eso es facticio).
- Especificadores de búsqueda/evitación atribuidos a conversión o facticio.
- «Siempre», «solo»: el TID no es «siempre» y los síntomas somáticos no exigen «solo» ausencia de enfermedad.
- Contar síntomas (8) como en el DSM-IV.
- Fuga como trastorno independiente: en el DSM-5 es especificador de la amnesia.

Esquema

- Disociativos: TID, amnesia (con fuga), despersonalización/desrealización.
- Causa: trauma y apego desorganizado.
- TID: identidades + amnesia; autolesiones, convulsiones.
- Juicio de realidad intacto en despersonalización.
- Trance/posesión: CIE-10; involuntario e interfiere.
- Conversión: déficit neurológico, bella indiferencia, Freud.
- Ansiedad por enfermedad: busca o evita médicos.
- Simular = añadir (beneficio externo); disimular = ocultar; facticio = ser paciente.

4. Trastornos del estado de ánimo

Cae en: A18F1, D18F2, A18SO, A19F1, D19F2, A19SO, A20F1, D20F2, 22F1, 22F2, A23F1, D23F2, A23SO, A24F1, D24F2, A24SO, A25F1, D25F2, A25SO, A26F1, D26F2, A26SO. 68 preguntas en 22 convocatorias (3–4 por examen); casi todas sobre criterios DSM-5.

Trastorno depresivo mayor (TDM)

- **5 o más de 9** síntomas durante **2 semanas**, que suponen un **cambio** respecto del funcionamiento previo.
- Obligatorio al menos uno de los dos «porteros»: **ánimo deprimido o anhedonia** (pérdida de interés o placer). Ninguno por separado es imprescindible.
- Los 9: ánimo, interés, peso/apetito, sueño, **agitación o retraso psicomotor**, fatiga, **culpa o inutilidad**, concentración, muerte/suicidio.
- **No** están: desesperanza, baja autoestima (son de la distimia), despersonalización.
- Malestar **o** deterioro (basta uno). Exclusiones: efecto fisiológico de sustancia o enfermedad médica; **nunca** episodios maníacos o hipomaníacos previos.
- Síntomas cognitivos: atención, concentración, memoria. Somáticos: el más frecuente, el **sueño**; también apetito, energía y sexualidad (problemas de excitación y orgasmo en ambos sexos).

Trastorno depresivo persistente (distimia)

- Ánimo deprimido casi todos los días $\geq$ **2 años** (niños y adolescentes: $\geq$ **1 año**, ánimo puede ser **irritable**).
- Criterio B: **2 o más de 6**: apetito, sueño, energía, **autoestima**, concentración/decisiones, **desesperanza**.
- **No** incluye: anhedonia, culpa, psicomotricidad, ideación suicida.
- Puede haber criterios de TDM de forma continua durante los 2 años.
- Frente al TDM: menos síntomas y más tiempo; **inicio más temprano** e insidioso; solo él se excluye explícitamente por historia de (hipo)manía.

Ej.: paciente con baja autoestima y fatiga durante 2 años ⇒ cumple el criterio B. Desesperanza + anhedonia ⇒ no (la anhedonia no cuenta).

Cifras de los depresivos

- TDM: 5 de 9, 2 **semanas**. Distimia: 2 de 6, 2 **años** (1 en niños).
- Mujeres : hombres $\approx$ 2:1. Las cifras «5–10 % frente a 3–5 %» se dieron como falsas (D24F2).
- Hombres: más entre 30 y 50 años; mujeres: entre 18 y 30.

Episodios maníaco e hipomaníaco; bipolares

- Mismo conjunto de síntomas (criterio B): autoestima elevada, menos sueño, verborrea, fuga de ideas, distraibilidad, **aumento de la actividad intencionada**, **implicación excesiva en actividades placenteras** peligrosas (compras, sexo, inversiones), en **ambos**.
- Ánimo elevado, expansivo **o irritable**; son comunes hiperactividad, irascibilidad e intromisión; egosintonía (no pide ayuda).

- **Manía**: $\geq$ **7 días** (o cualquiera si hay hospitalización), deterioro importante, psicosis u **hospitalización** posibles.
- **Hipomanía**: $\geq$ **4 días**, sin deterioro grave, sin ingreso ni psicosis (DSM-5-TR igual).
- **Bipolar I**: basta **un episodio maníaco** (no requiere depresión). **Bipolar II**: hipomanía + depresión mayor.
- **Ciclotimia**: $\geq$ 2 años (1 en niños) de numerosos **periodos de síntomas** hipomaníacos y depresivos sin cumplir episodio; bipolar «leve»; inicio adolescencia o adultez temprana.
- Unipolar = sin manía nunca.
- Curso: recaídas $\approx$ **90 % a los 5 años**; la manía responde antes al tratamiento que la depresión; fuerte **heredabilidad**.
- Diferencial principal: **esquizoafectivo** (tipo maníaco). Si delirios o alucinaciones persisten con el ánimo en remisión $\Rightarrow$ esquizoafectivo. Ansiedad + depresión es lo menos confundible.

Esquema

- TDM: 5/9, 2 semanas, tristeza o anhedonia, culpa sí.
- Distimia: 2/6, 2 años (1 niños), desesperanza y autoestima.
- Manía 7 días, hipomanía 4; mismos síntomas.
- Bipolar I = una manía; II = hipomanía + depresión.
- Ciclotimia: 2 años de periodos de síntomas.
- Bipolar: 90 % recaídas a 5 años; diferencial esquizoafectivo.
- Beck: yo-mundo-futuro; kindling = propagada.
- Mujeres 2:1 en depresión.

Teorías y autores

- Conductual clásica (Lewinsohn): pérdida de **reforzadores** positivos.
- **Beck**: tríada negativa **yo, mundo, futuro**; surgió para la depresión.
- Catecolaminérgica: déficit de **noradrenalina y dopamina** $\Rightarrow$ depresión.
- Bipolar: **actividad propagada** (kindling): cada vez más independiente del estrés. Psicodinámica: manía = defensa frente a sentimientos *negativos*.
- Delincuencia y trastornos afectivos: dimensiones **depresiva y maníaca**.

Trampas de los distractores.

- Desesperanza o baja autoestima como síntoma de TDM; culpa o suicidio como síntoma de distimia.
- «Ánimo deprimido *y* anhedonia» obligatorios.
- 2 semanas y 2 años intercambiados; 1 año asignado a adultos.
- «Placenteras» cambiado por «agresivas».
- Deterioro grave «en ambos» episodios.
- Recaída bipolar «50 %» o «40–50 %»: FALSA; la cifra buena es ~90 % a 5 años.
- Distimia de inicio «posterior» al TDM.
- «Episodios» en vez de «periodos de síntomas» en la ciclotimia.
- Manía psicodinámica como defensa ante lo «positivo».

5. Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos

Cae en: A18F1, D18F2, A18SO, A19F1, D19F2, A20F1, D20F2, 22F1, 22F2, A23F1, D23F2, A23SO, A24F1, D24F2, A24SO, A25F1, D25F2, A25SO, A26F1, D26F2, A26SO. Tema fijo: 53 preguntas tipo test en 21 convocatorias (2–3 por examen), más dos preguntas de desarrollo (subtipos, diagnóstico diferencial y relación con el delito).

Conceptos básicos: psicosis y síntomas

- **Psicótico (sentido restrictivo)**: ideas delirantes *o* alucinaciones *sin conciencia* de su naturaleza patológica.
- La esquizofrenia es el trastorno psicótico **más grave y más frecuente** (prototipo de las psicosis).
- **Alucinación**: experiencia sensorial *sin estímulo externo* real (percibir). **Ilusión**: percepción deformada *con* estímulo. **Delirio**: creencia falsa (pensar).
- Alucinaciones en la esquizofrenia: *pueden* ser de cualquier modalidad, pero **suelen ser auditivas** (voces). Visuales predominantes $\Rightarrow$ sospecha de causa orgánica, tóxica o delirium.
- **Delirio de referencia**: interpreta gestos, palabras o noticias de la TV como dirigidos a él.
- **Fuga de ideas**, descarrilamiento, tangencialidad: alteración de la *forma/curso* del pensamiento-lenguaje (no del contenido). **Taquilalia**: solo habla excesivamente rápida.

Positivos, negativos y desorganizados

- **Positivos**: exceso o exageración de funciones normales («sobra algo»): delirios, alucinaciones, desorganización del lenguaje. *Mejor respuesta* al fármaco.
- **Negativos**: déficit («falta algo»), las «A»: **alogia** (pobreza/falta de fluidez del lenguaje; alteración del pensamiento que se manifiesta en el lenguaje), **abulia**/avolición (falta de conducta dirigida a metas), **anhedonia** (menos placer y pérdida de interés), **aplanamiento** o expresión emotiva disminuida, asociabilidad. Peor pronóstico y peor respuesta.
- **Tres factores** (Lindenmayer y Khan, 2008): **positivo, desorganizado y negativo** («P-D-N»).
- La conducta desorganizada *puede* ser consecuencia de las alucinaciones.
- **Catatónicos/motores**: estupor, catalepsia, mutismo, **flexibilidad cérea** (mantiene posturas impuestas más tiempo del normal). Los síntomas motores pueden ser producto *directo* de la enfermedad (catatonia) o de la medicación (extrapiramidales).

- Síntomas cognitivos: frecuentes pero **poco discriminativos** respecto a otros trastornos.

Ejemplo: paciente que apenas habla, contesta con monosílabos y no se mueve del sofá en todo el día ⇒ alogia + abulia (negativos).

Criterios DSM-5 y subtipos clásicos

- **Criterio A**: 2 (o más) de 5 síntomas: delirios, alucinaciones, discurso desorganizado, conducta muy desorganizada o catatónica, síntomas negativos. **Al menos uno** de los tres primeros. Fase activa: **1 mes** (menos si se trata con éxito).
- Duración total $\geq$ **6 meses** + **deterioro funcional**.
- El **DSM-5 elimina los subtipos**; se preguntan los clásicos (DSM-IV):
  - **Paranoide**: predominan delirios y alucinaciones; inicio *más tardío* y mejor pronóstico.
  - **Desorganizada = hebefrénica** («Hebe», juventud): pobreza del lenguaje, afecto aplanado o *incongruente*, conducta pueril; inicio precoz.
  - **Catatónica**: predominan los signos psicomotores.

Ejemplo: alucinaciones + discurso desorganizado durante el último mes ⇒ cumple A. Delirios + discurso desorganizado 2 meses ⇒ cumple A.

Plazos del espectro (escalera 1 día – 1 mes – 6 meses)

- **Psicótico breve**: $>$ 1 día y $<$ 1 mes; vuelta completa al nivel previo.
- **Esquizofreniforme**: entre 1 y 6 meses.
- **Esquizofrenia**: $\geq$ 6 meses en total, con $\geq$ 1 mes de fase activa.
- Breve y esquizofreniforme: *sin* el deterioro funcional típico de la esquizofrenia.
- Inicio esquizofrenia: **17–30 años** (varón antes). Trastorno delirante: hacia los **40**, nunca 25.

Otros trastornos psicóticos

- **Esquizofreniforme**: síntomas similares pero de *menor duración y gravedad*; más síntomas afectivos y **mejor pronóstico**.
- **Esquizoafectivo**: solapamiento de un **episodio afectivo** (maníaco o depresivo) y dos o más síntomas de esquizofrenia, sin poder diagnosticar uno u otro por separado. Más frecuente en mujeres.
- **Trastorno delirante**: delirios **plausibles**, posibles en la vida real (celos, persecución), creíbles para terceros; persona que funciona. Delirio extraño + deterioro ⇒ esquizofrenia.
- **Inducido por sustancias/medicamentos**: criterio de exclusión clásico, *no* se produce exclusivamente durante un **delirium**.

Ejemplo: episodio maníaco + voces y delirios, sin encajar en bipolar ni en esquizofrenia ⇒ esquizoafectivo.

Epidemiología, etiología y riesgo

- Más nacimientos a **final de invierno y comienzo de primavera**; más en medio **urbano**.
- Incidencia mayor en **inmigrantes** (mayoría de raza negra) y minorías étnicas.
- Varón: inicio más precoz y peor pronóstico. Soltería: efecto, no causa.
- **Mortalidad mucho más alta** que la población general.
- Etiología: dopamina, glutamato, neurodesarrollo, **virus lento** (infección previa).
- **Emoción expresada ALTA** en la familia ⇒ recaída. «Baja» como factor de riesgo es falso.
- **Suicidio**: riesgo especial en **jóvenes**, al inicio, con **buena conciencia** de enfermedad (insight), desesperanza y tras el alta.

Trampas de los distractores.

- Positivo/negativo no significa bueno/malo: es exceso o déficit.
- Colar una «A» (alogia, abulia, anhedonia) entre los positivos.
- Cambiar plazos: «esquizofreniforme más de 6 meses», «criterio A de 2 meses».
- Combinaciones del criterio A sin delirio, alucinación ni discurso desorganizado: no cumplen.
- «El DSM-5 distingue subtipos»: falso. «En todos los casos»: casi siempre falso.
- Suicidio «en adultos y con menor conciencia»: invierte dos datos (aparece dos veces como FALSA).
- Confundir alogia (escasez) con esquizoafasia (habla rota) o taquilalia (velocidad).
- Delirante con inicio a los 25 años; delirios «extraños» en el trastorno delirante.
- GABA (ansiedad) o acetilcolina (Alzheimer) como causa de esquizofrenia.

Esquema

- Psicosis = delirio o alucinación sin conciencia de enfermedad.
- Positivos = sobran (voces, delirios, desorganización); negativos = las «A».
- 3 factores: positivo, desorganizado, negativo (Lindenmayer y Khan).
- Criterio A: 2 de 5, uno nuclear, 1 mes; total 6 meses + deterioro.
- Breve $<$ 1 mes; esquizofreniforme 1–6 meses (mejor pronóstico).
- Esquizoafectivo = episodio afectivo + síntomas de esquizofrenia.
- Delirante: delirio creíble, inicio hacia los 40.
- Subtipos (solo DSM-IV): paranoide tardío, hebefrénico joven, catatónico motor.
- Riesgo: invierno-primavera, ciudad, migración, virus, emoción expresada alta.
- Suicidio: joven, al inicio, con insight.

6. Sustancias y juego patológico

Cae en: A18F1, D18F2, A18SO, A19F1, D19F2, A19SO, A20F1, D20F2, 22F1, 22F2, A22SO, A23F1, D23F2, A23SO, A24F1, D24F2, A24SO, A25F1, D25F2, A25SO, D26F2, A26SO. Ha habido 47 preguntas del tema en 22 convocatorias: tolerancia cruzada, efectos por droga y juego patológico se repiten casi cada año.

Clasificación DSM-5

- Capítulo «trastornos relacionados con sustancias y **adictivos**»: drogodependencias, alcoholismo y **juego patológico**.
- El juego de apuestas es la **única adicción comportamental** incluida. Videojuegos (juego por Internet): solo en la Sección III («para más estudio»).
- Comparte con los trastornos del control de impulsos la **pérdida de control** sobre la conducta.
- Dos grupos: **trastornos por consumo** (patrón de uso a lo largo del tiempo) y **trastornos inducidos** (efecto directo: **intoxicación**, **abstinencia**, psicosis inducida...). La intoxicación por alcohol es un trastorno *inducido*.
- Perspectiva de las adicciones: **biopsicosocial**.

Cifras y datos que caen

- Ventana diagnóstica de **12 meses**: sustancias (DSM-5 y dependencia CIE-10) y juego de apuestas.
- Abstinencia de cannabis: remite hacia las **4 semanas**.
- Informe europeo sobre drogas 2024: **hipnosedantes** más consumidos por **mujeres**; droga ilegal más consumida, cannabis.
- Dependencia psicológica: cocaína. Dependencia física y tolerancia: heroína.

Tolerancia y neuroadaptación

- **Neuroadaptación**: las neuronas tratan de recuperar el funcionamiento previo al consumo ante el uso continuado.
- **Tolerancia cruzada**: disminución del efecto de una dosis de una sustancia por el consumo continuado de *otra* de efectos similares (p. ej., alcohol y barbitúricos, ambos depresores).
- **Tolerancia conductual o condicionada**: el estado de ánimo, las expectativas o el ambiente modifican la intensidad del efecto.

Ejemplo: un bebedor habitual necesita más benzodiacepina para sedarse ⇒ tolerancia cruzada.

Fases del proceso (Becoña, 2002)

- **Fase previa o de predisposición**: aquí pesan los factores de **riesgo y protección**.
- Conocimiento, experimentación e inicio.
- **Consolidación**: paso del uso al abuso y a la dependencia.
- Abandono o mantenimiento, recaída.

Perfil de cada droga

- **Alcohol**: **depresor** del SNC (desinhibe porque apaga los frenos).
- **Cocaína**: euforia, **hiperalerta**, **grandiosidad**, **tendencia a la violencia** y **deterioro del juicio**. Dependencia **psicológica** elevada. Abstinencia: dolores gastrointestinales, **disforia**, hiperalgesia y **craving**.
- **Heroína (opiáceos)**: **analgesia, depresión respiratoria y miosis intensa** (pupila en punta de alfiler). **Tolerancia elevada y dependencia (física) rápida**. Abstinencia: lagrimeo, diarrea, midriasis.
- **Cannabis**: reacción **bifásica**: euforia, bienestar, *aumento de la percepción* y ansiedad → sedación, relajación, somnolencia; distorsión del espacio y el tiempo. A largo plazo: problemas de atención, memoria y procesamiento. Abstinencia: ideación paranoide, anhedonia, disfunción sexual, problemas de memoria; tarda unas **4 semanas** en remitir.
- **LSD**: perturbador de la realidad; reacciones adversas de **pánico agudo o psicosis** («mal viaje»); tolerancia rápida, flashbacks; **sin evidencia suficiente de abstinencia**.
- **MDMA (éxtasis)**: estimulante «empatógeno»; *no* se considera perturbador de la realidad ni droga de violencia.

Ejemplo: detenido con pupilas puntiformes y respiración lenta ⇒ opiáceos; agresivo, grandioso y acelerado ⇒ cocaína.

Juego patológico (trastorno por juego de apuestas)

- Criterio de exclusión: el juego **no se explica mejor por un episodio maníaco**.
- Duración: conducta evidente durante **al menos 12 meses**.
- Comorbilidad con **trastornos de personalidad**: **antisocial** (delitos para pagar deudas) y **límite** (Ortiz-Tallo), también narcisista; además sustancias y depresión.
- Alcohol + juego: **tratar ambos a la vez** (tratamiento integrado).

Droga y delito

- **Delincuencia inducida**: el delito es efecto de la intoxicación.
- **Delincuencia funcional**: se delinque para conseguir la droga o dinero para ella.

Trampas de los distractores.

- Incluir cleptomanía, piromanía o videojuegos en el capítulo de adicciones.
- Antisocial como *criterio de exclusión* del juego: es comorbilidad; la exclusión es la manía.
- «Tolerancia cruzada» frente a «conductual»: si hay dos sustancias, cruzada; si hay expectativas o ambiente, conductual.
- Poner la intoxicación o la abstinencia dentro de los trastornos «por consumo».
- Atribuir la violencia al MDMA o la fase de sedación a la cocaína.
- Negar la abstinencia del cannabis (sí la tiene) o afirmarla en el LSD.
- Ventanas de 6 meses o 1 mes para sustancias o juego: son 12 meses.
- «Primero se trata X y luego Y»: la respuesta es tratarlos a la vez.

Esquema

- DSM-5: sustancias + juego (única adicción sin sustancia).
- Consumo = patrón; inducido = intoxicación, abstinencia, psicosis.
- Cruzada = otra sustancia; conductual = expectativas; neuroadaptación = equilibrio.
- Becoña: predisposición (riesgo/protección), consolidación (dependencia).
- Cocaína: violencia, juicio, craving; heroína: miosis, analgesia, apnea.
- Cannabis: bifásico, abstinencia 4 semanas; LSD: pánico, sin abstinencia.
- Juego: excluir manía, 12 meses, comórbido con antisocial y límite.
- Inducida = bajo efecto; funcional = para conseguir la droga.

7. Control de impulsos y conducta disocial

Cae en: A18F1, D18F2, A18SO, A19F1, D19F2, A20F1, D20F2, 22F1, 22F2, A22SO, D23F2, A23SO, A24F1, D24F2, A24SO, A25F1, D25F2, A25SO, A26F1, D26F2, A26SO. Ha habido 39 preguntas del tema en 21 convocatorias; casi todas giran en torno a cleptomanía, piromanía, explosivo intermitente y su diferencia con el disocial/antisocial.

La categoría en el DSM-5

- «Trastornos destructivos, del control de los impulsos y de la conducta»: **trastorno negativista/oposicionista desafiante**, **explosivo intermitente**, **de la conducta (disocial)**, **piromanía**, **cleptomanía**.
- **No** incluye: **tricotilomanía** y excoriación (pasan al espectro **TOC**) ni el **juego** (pasa a adicciones).
- Por eso el DSM-5 permite diagnosticar a la vez **tricotilomanía y TOC**.
- Patrón común: **tensión** → **acto** → **alivio**, sin motivo externo.
- Del espectro impulsivo, los más asociados a delitos: **cleptomanía y piromanía**.

Cleptomanía

- Impulso incontrolable de apropiarse de objetos **innecesarios** para uso personal o sin valor económico.
- Vivida como **egodistónica** (culpa: «no quiero, pero no puedo evitarlo»).
- **Más frecuente en mujeres**; trastorno raro.
- Los objetos **no se suelen usar**: se desechan, se esconden o se devuelven.
- Roba sola, sin planificar; **a veces no se esfuerza demasiado** en esconder el robo.

Ejemplo: mujer con buen nivel económico que roba bolígrafos baratos, se siente culpable y los tira ⇒ cleptomanía.

Piromanía

- Objetivo: **liberar una tensión emocional** mediante el fuego; **fascinación y curiosidad** por todo lo relacionado con él.
- Puede quedarse como **espectador** e incluso **colaborar en la extinción**.
- Curso **episódico**: etapas sin provocar incendios. Más en varones, inicio temprano.
- Si hay un fin externo (dinero, venganza, dañar) *no* es piromanía.

Ejemplo: adolescente que quema el coche del vecino para perjudicarle ⇒ trastorno de la conducta, no piromanía.

Trastorno explosivo intermitente (TEI)

- Falta de control de los impulsos agresivos: violencia física o verbal o destrucción de propiedad, **desproporcionada**, con **malestar o arrepentimiento posterior**.
- Arrebatos **no premeditados** y **sin objetivo tangible** (dinero, poder).
- Diagnóstico **por exclusión**: hay que descartar otros trastornos que cursan con agresividad (psicosis, antisocial, límite).
- Etiología: **trauma en edades tempranas**, baja serotonina, componente genético.

Ejemplo: Mario (34 años) golpea puertas porque no le contestan enseguida y luego «se siente fatal» ⇒ TEI.

Cifras que hay que saberse

- TEI, heredabilidad (Coccaro, 2010): **44–72 %**.
- TEI: alrededor del **45 %** de la varianza del control de impulsividad es genética.
- TEI: **82 %** tiene a la vez trastorno por sustancias, ansiedad o ánimo.
- Trastorno oposicionista desafiante: patrón durante **6 meses**; signos ya en etapa **preescolar**.

Trastorno de la conducta (disocial) y oposicionista

- **Disocial**: agresividad, baja tolerancia a la frustración, **falta de empatía**, manipulación; típico de **ambientes psicosociales desfavorables**. Precursor del antisocial.
- «Niño malo y vengativo desde la infancia» ⇒ disocial.
- **Oposicionista desafiante**: inicio precoz (preescolar), 6 meses; puede persistir o evolucionar a otros problemas.

Agresividad: diagnóstico diferencial

- **TEI**: explota y **se arrepiente**.
- **Antisocial**: agrede y **no se arrepiente**.
- **Límite**: la agresividad se vuelve contra sí mismo (autolesiones).
- **Disocial**: patrón crónico con falta de empatía, en menores.

Trampas de los distractores.

- Meter la tricotilomanía en control de impulsos (es espectro TOC). Trico = pelo; excoriación = piel.
- Cleptomanía «egosintónica», «más en hombres», «con cómplices» o «por necesidad económica».
- Piromanía con motivo de venganza o lucro: es incendio intencionado o disocial.
- Confundir TEI y antisocial: la clave es el arrepentimiento.

- Convertir un criterio de exclusión del TEI en uno de inclusión.
- Oposicionista «que va desapareciendo» o con plazo distinto de 6 meses.
- Elegir la horquilla baja de heredabilidad del TEI.

Esquema

- Categoría: oposicionista, TEI, disocial, piromanía, cleptomanía.
- Fuera: tricotilomanía (TOC) y juego (adicciones).
- Tensión, acto, alivio, sin fin externo.
- Cleptomanía: mujer, egodistónica, objetos inútiles que desecha.
- Piromanía: fascinación, espectador, curso episódico, varón.
- TEI: impulsivo, sin plan ni beneficio, arrepentido; 44–72 %; 82 % comórbido.
- Disocial: ambiente desfavorable, sin empatía; antisocial: sin arrepentimiento.
- Oposicionista: 6 meses, desde preescolar.

8. Trastornos de la personalidad

Cae en: A18F1, D18F2, A18SO, A19F1, D19F2, A19SO, A20F1, D20F2, 22F1, 22F2, A22SO, A23F1, D23F2, A23SO, A24F1, D24F2, A24SO, A25F1, D25F2, A25SO, A26F1, D26F2, A26SO. Es el tema más preguntado del bloque: 63 preguntas en 23 convocatorias (2–4 por examen). Domina el reconocimiento de cada TP por su palabra clave y el modelo alternativo del DSM-5.

Rasgos generales

- Patrones de pensamiento y conducta **inflexibles**, estables, de inicio adolescente o adulto temprano.
- Son **egosintónicos** (Esbec y Echeburúa): el sujeto está a gusto con su forma de ser. TOC y cleptomanía, en cambio, son egodistónicos.
- Muy comórbidos; **condicionan la adaptación al medio penitenciario** (Esbec y Echeburúa, 2010).
- Etiología: la herencia **puede influir** (predispone); los genes *no determinan*.

Grupo A (raros o excéntricos)

- **Paranoide**: suspicacia y desconfianza persistentes, sospecha sin base de que le explotan o engañan, aislamiento; **temor a perder la autonomía**. Violencia movida por **venganza y rencor**.
- **Esquizoide**: **escasa o nula necesidad afectiva**, frialdad, preferencia por actividades y aficiones **solitarias**, desinterés incluso por la familia, poco placer. Mecanismo delictivo: **desconexión social y restricción emocional**; delitos: homicidio, secuestro, allanamiento, robos y estafas.
- **Esquizotípico**: comportamientos y pensamientos **excéntricos**, pensamiento mágico (clarividencia, telepatía, poderes especiales), lenguaje **peculiar y artificial**.

Ejemplo: Luis cree que algunos árboles tienen el «don de la sanación» ⇒ esquizotípico.

Grupo B (dramáticos o impulsivos)

- **Antisocial**: **desprecio y violación de los derechos y normas**, desprecio por valores familiares y culturales, engaño, **impulsividad**, irresponsabilidad, **sin remordimiento**. Agresividad sin arrepentimiento. No es aislado (antisocial ≠ asocial) ni inseguro. Más en varones.
- **Límite**: inestabilidad afectiva, impulsividad autodañina (atracones, gastos, juego, drogas, conducción temeraria), **autolesiones y conducta suicida** (lo más destacado), miedo al abandono, relaciones intensas e inestables, **episodios psicóticos breves** por estrés, abandona metas cuando está a punto de lograrlas. Otros nombres: inestable (CIE-10), impulsivo-afectivo; *no* «ambivalente».
- **Histriónico**: teatralidad, necesidad de ser el centro; delito típico: **denuncias falsas** para llamar la atención. No se aísla.
- **Narcisista**: necesidad de admiración, arrogancia, falta de empatía; **explotación de personas**, falsificación y fraude. Frialdad y despreocupación que atrae a personas dóciles. Egosintónico; más en varones.

Ejemplo: hombre que agrede y no se arrepiente ⇒ antisocial; mujer con cortes en brazos y pánico al abandono ⇒ límite.

Grupo C (ansiosos o temerosos)

- **Evitativo** y **dependiente**: inseguridad, temor a la crítica, necesidad de apoyo. Histriónico, límite y evitativo comparten la **dependencia emocional** de los otros.
- **Obsesivo-compulsivo**: preocupación por detalles, orden y normas; **excluye el ocio** para lograr control. La dependencia emocional es *menos* nuclear en él.

Datos y cifras

- Antisocial en población general: **0,7–3 %**; en prisión se dispara, más en varones.
- Más en hombres: antisocial, narcisista, esquizoide, obsesivo. Más en mujeres (clínica): **límite e histriónico** (sí coinciden), dependiente.
- Bender y Morey (2012): **5 niveles** de deterioro (1 a 5).
- Modelo alternativo: quedan **6 de 10**.

Modelo alternativo del DSM-5 (Sección III)

- TP = **deficiencias en el funcionamiento** de la personalidad + **rasgos patológicos**.
- Se mantienen 6 («ALENOE»): **A**ntisocial, **L**ímite, **E**vitativo, **N**arcisista, **O**bsesivo-compulsivo, **E**squizotípico.
- Desaparecen 4 («PEHD»): **P**aranoide, **E**squizoide, **H**istriónico, **D**ependiente.
- Dos dimensiones × dos facetas (Bender y Morey):
  - **Yo o sí mismo**: **identidad** (autoevaluación, autorregulación emocional) y **autodirección** (vida coherente y con sentido, metas).
  - **Interpersonal**: **empatía** e **intimidad**.

Trampas de los distractores.

- Esquizoide (frío, solitario) frente a esquizotípico (raro, mágico): «personas raras = esquizoide» es INCORRECTA.
- Esquizoide cae del modelo alternativo, pero el esquizotípico se queda.
- «Evita el ocio» no es evitativo: es obsesivo-compulsivo.

- Mezclar facetas: intimidad en el yo o autodirección en lo interpersonal.
- Verbos absolutos («los genes determinan», «sin comorbilidad»): falsos.
- TP «egodistónicos» o palabras inventadas: falso.
- Antisocial «igual en ambos sexos» o «inseguro»; histriónico «aislado».
- Paranoide = «no me fío, no me controlarán»; límite = «no me abandones».

Esquema

- TP: inflexibles, egosintónicos, herencia que predispone.
- Paranoide: desconfía, rencor y venganza, teme perder autonomía.
- Esquizoide: frío y solitario; esquizotípico: excéntrico y mágico.
- Antisocial: desprecio de normas, sin remordimiento, 0,7–3 %.
- Límite: suicidio y autolesiones, abandono, microepisodios psicóticos.
- Histriónico: denuncias falsas; narcisista: explotación, fraude, admiración.
- Obsesivo: orden, normas, sin ocio.
- Modelo alternativo: ALENOE se quedan, PEHD caen; 5 niveles.
- Yo: identidad + autodirección; interpersonal: empatía + intimidad.

9. Psicopatía: Cleckley, Hare y PCL-R

Cae en: A18F1, D18F2, A18SO, A19F1, D19F2, A19SO, A20F1, D20F2, 22F1, 22F2, A22SO, A23F1, D23F2, A23SO, A24F1, D24F2, A26F1, D26F2, A26SO. Han caído **30 preguntas** tipo test del tema (más 2 de desarrollo sobre la PCL-R: síntomas, factores/facetas y utilidad).

Autores clásicos y tipologías

- **Cleckley** (*The Mask of Sanity*, 1976): **16 características**. La «máscara»: parece sano. Encanto superficial y notable inteligencia; ausencia de delirios y de nerviosismo; falta de remordimiento y de vergüenza; conducta antisocial inadecuadamente motivada; incapacidad de amar (egocentrismo patológico); vida sexual **impersonal y poco estable**; ausencia de relaciones afectivas significativas.
- **Demencia (afasia) semántica** (Cleckley; recogida por Millon y Davis, 2001): entiende las palabras pero *no el significado* de las experiencias emocionales; no comprende en profundidad lo genuinamente humano, aunque finge entenderlo.
- **Karpman** (1961): psicópata de *emociones simples*, cuya conducta no se ve influida por recompensas ni castigos; distingue primario y secundario.
- **Hare** (1984): tres tipos, **primario, secundario y disocial**. El **secundario o neurótico** establece vínculos, siente remordimiento y tiene *ansiedad elevada*.
- **Eysenck**: psicopatía **secundaria** = extraversión + neuroticismo.
- **Garrido** (2004): atributo esencial = **disfunción afectiva en lo interpersonal**.
- **López y Núñez** (2008): psicopatía = conjunto de *rasgos de personalidad + conductas socialmente desviadas*.

Ejemplo: recluso frío, sin culpa, que sin embargo se muestra ansioso y arrepentido tras un delito ⇒ perfil de psicópata secundario.

La PCL-R de Hare (1991, 2003)

- Escala de referencia en contexto **forense/penitenciario**; la rellena el *evaluador* (entrevista + expediente), no es autoinforme. La última revisión incluye **población reclusa femenina**. Versión de cribado: PCL:SV.
- **20 ítems**, 0–2 puntos cada uno (máx. 40); permite uso **categorial** (corte en 30) *o dimensional*.
- **2 factores y 4 facetas**:
  - Factor 1 interpersonal/afectivo: faceta 1 *Interpersonal* (locuacidad, encanto, grandiosidad, mentira, manipulación); faceta 2 *Afectiva* (sin remordimiento, afecto superficial, falta de empatía, no acepta responsabilidad).
  - Factor 2 desviación social: faceta 3 *Estilo de vida* (búsqueda de estimulación, **impulsividad**, irresponsabilidad, parasitismo, sin metas realistas); faceta 4 *Antisocial* (pobre autocontrol, problemas precoces de conducta, delincuencia juvenil, revocación de libertad condicional, **versatilidad criminal**).
  - Ítems «huérfanos»: promiscuidad sexual y muchas relaciones maritales breves.
- Elemento esencial (Hare y Neumann, 2006): la **experiencia afectiva deficiente**.
- Valor predictivo (Pozueco et al., 2011): predice **reincidencia** (también en varones excarcelados) y violencia.

Datos que hay que saberse

- Cleckley: 16 rasgos. PCL-R: 20 ítems, 40 puntos, corte 30.
- Hare: 2 factores, 4 facetas (I-A-E-A).
- Hare 1984: primario, secundario, disocial.
- Hervé, Ling y Hare (2000): 4 subtipos + pseudopsicópata.
- Autoinforme más aceptado: escala **Pd** (desviación psicopática) del MMPI.

Subtipos de Hervé, Ling y Hare (2000)

- **Clásico**: alto en las cuatro facetas.
- **Manipulador**: alto en facetas 1 y 2 (factor 1), más bajo en 3 y 4.
- **Macho**: alto en todo salvo la faceta interpersonal.
- **Pseudopsicópata o sociópata**: alto en conducta, bajo en lo afectivo. La faceta **afectiva** es la que separa a todos los psicópatas de los sociópatas.

Psicopatía, TPA, delito y tratamiento

- Psicopatía y trastorno antisocial (TPA) son **entidades diferentes**: casi todo psicópata recluso cumple TPA, pero pocos TPA son psicópatas.
- Frente a otros internos, el psicópata: **ingresa antes** en prisión, comete más delitos y más variados, usa más **armas**, es más violento y reincide más.
- **Harbottle** (2019): no existe tratamiento específico y eficaz; la psicopatía es el trastorno que más discusión genera sobre

la **imputabilidad**.

- **Esbec y Echeburúa**: el psicópata **sádico** lleva un estilo de vida aparentemente normal que le hace pasar inadvertido (frío, planificador).

Trampas de los distractores.

- Atribuir al psicópata relaciones afectivas abundantes, insight, empatía, remordimiento o nerviosismo (son lo contrario de Cleckley y Hare).
- «Facetas» inventadas, como «psicopática».
- Confundir autoinforme (MMPI-Pd) con la PCL-R (heteroevaluación).
- Cambiar autores: emociones simples (Karpman) frente a 16 rasgos (Cleckley).
- Decir que psicopatía y TPA son «equivalentes» o que la PCL-R «solo» predice en ciertos grupos.
- Imaginar al sádico como impulsivo y desorganizado.

Esquema

- Cleckley: máscara, 16 rasgos, demencia semántica.
- Hare 1984: primario/secundario(ansioso)/disocial.
- PCL-R: 20 ítems, 2 factores, 4 facetas; forense.
- Núcleo: déficit afectivo (separa del sociópata).
- Psicópata recluso: más joven, más armas, más reincidencia.
- Sin tratamiento eficaz; imputabilidad discutida.

10. Parafilias, disforia de género y sexualidad

Cae en: A18F1, D18F2, A18SO, A19F1, A19SO, A20F1, 22F1, 22F2, A22SO, A23F1, D23F2, A23SO, A24F1, D24F2, A24SO, A25F1, D25F2, A25SO, A26F1, D26F2, A26SO. Han caído **38 preguntas** tipo test del tema (más 3 de desarrollo: parafilias por grupos, disforia de género y teorías explicativas).

Conceptos y clasificación de las parafilias

- Tres grandes bloques de la sexualidad: **disfunciones** (no funciona la respuesta sexual), **parafilias** (preferencias sexuales anormales) y **disforia de género** (identidad; nunca es parafilia).
- **Parafilia $\neq$ trastorno parafílico**: la parafilia es una desviación sexual; el trastorno exige además malestar, deterioro o daño a terceros. Para hablar de parafilia no hace falta diagnosticar el trastorno.
- Grupos:
  - *Objetos no humanos*: fetichismo y travestismo.
  - *Sufrimiento o humillación*: sadismo y masoquismo.
  - *Parejas que no consienten*: exhibicionismo, voyeurismo, froteurismo, pedofilia.
- Otros especificados (zoofilia, necrofilia, etc.) = **trastorno parafílico especificado**.
- Casi siempre varones, secretas, poco frecuentes; la mayoría de las fantasías parafílicas también aparecen en el repertorio de personas sin parafilia (cuestión de grado).

Parafilias concretas

- **Fetichismo**: objeto inanimado; sin el fetiche es frecuente la **disfunción eréctil**. Si es parte del cuerpo: parcialismo.
- **Travestismo fetichista**: varón **heterosexual** (a menudo casado) que se excita al vestir ropa femenina; frecuencia **menor del 1%** en varones.
- **Travestista de doble rol**: viste ocasionalmente del otro sexo para pasar por él, *sin excitación* y sin deseo de cambiar de sexo; suele ser heterosexual.
- **Exhibicionismo**: mostrar genitales a desconocidos, sin contacto; sujeto **tímido**; de las parafilias **más frecuentes** y denunciadas.
- **Sadismo**: excitación con el sufrimiento físico o psicológico y la humillación de otro; con TP antisocial puede llegar al **asesinato**.
- **Masoquismo**: el sujeto recibe el daño (no es «pareja que no consiente»). **Hipoxifilia** (asfixia) = la más masoquista; especificador DSM-5; muertes accidentales.
- **Froteurismo**: rozamiento en multitudes.

Ejemplo: varón casado que guarda ropa interior femenina y solo logra la erección poniéndosela $\Rightarrow$ travestismo fetichista.

Cifras y raíces

- Pedofilia: víctima prepúber de **13 años o menos**; agresor de **al menos 16** y **5 años mayor**.
- Abuso o maltrato infantil en parafílicos: **50–100%**.
- Travestismo fetichista: <1% de varones (no 1% de la población global).
- Clismafilia = enemas; coprofilia = heces; escoptofilia = voyeurismo; necrofilia = cadáveres; escatología telefónica = llamadas obscenas.

Teorías explicativas de las parafilias

- **Psicoanálisis** (Freud): catexis, fijación, complejo de castración.
- **Conductismo tradicional**: condicionamiento clásico, operante o combinación.
- **Aprendizaje social** (Bandura): modelos.
- **Déficit de habilidades sociales** y **pensamientos distorsionados**: explican propiamente las parafilias. Distorsiones (más frecuentes en delincuentes sexuales): *minimizar*, justificar, culpar a la víctima («el niño me sedujo», «consintió»).
- La mayoría de los parafílicos **no piden ayuda** profesional.

Disforia de género

- Puede **cambiar o fluctuar** con los años o meses; se asocia a sintomatología ansioso-depresiva.
- **Seligman** (2001): origen **hormonal prenatal**, hacia el final del primer trimestre. Dos momentos: primero genitales, luego cerebro. Varón XY con dosis insuficiente de andrógenos en el segundo momento: **órganos masculinos e identidad femenina** (transexual hombre que se siente mujer).

Trampas de los distractores.

- «Travestistas característicamente homosexuales»: falso.
- Meter el masoquismo entre las parejas que no consienten.
- Distorsiones que «maximizan»: es minimizar.
- Pedofilia: poner los 16 años a la víctima.

- Seligman: decir que pocos andrógenos producen órganos de varón sin más, o dar explicaciones psicosociales.
- Disforia «estable y crónica» o «sin asociación» a ansiedad-depresión.
- Intercambiar raíces (copro-, clisma-, escopto-, necro-).

Esquema

- Grupos: no humanos / sufrimiento / no consienten.
- Parafilia (desviación) $\neq$ trastorno (malestar o daño).
- Fetichismo: disfunción eréctil sin fetiche.
- Travestido: varón heterosexual; doble rol sin excitación.
- Exhibicionista tímido y frecuente; hipoxifilia masoquista.
- Pedofilia 13 / 16 / 5. Abuso infantil 50–100%.
- Freud catexis; Seligman hormonas, 1.er trimestre.

11. Psicopatología y delito: imputabilidad, peritaje y violencia

Cae en: A18F1, D18F2, A18SO, A19F1, D19F2, A19SO, A20F1, D20F2, 22F1, 22F2, A22SO, A23F1, D23F2, A23SO, A24F1, D24F2, A24SO, A25F1, D25F2, A25SO, A26F1, D26F2, A26SO. Es el tema **más preguntado**: **80 preguntas**, en tres bloques (imputabilidad, trastornos y delitos, suicidio).

Psicopatología como factor de riesgo

- La psicopatología es un **factor de riesgo** que, *combinado con otras variables*, aumenta la probabilidad de delito; nunca causa única.
- La **mayoría de los delitos** los cometen personas **sin** trastorno mental; la mayoría de las personas con TP **no son violentas** (Esbec y Echeburúa, 2010).
- **Valoración del riesgo**: especular de modo informado sobre la probabilidad de *violencia futura*.
- Predictores de violencia: varón joven, violencia previa, **consumo de sustancias**, psicopatía, abandono del tratamiento.
- Modelo de referencia para evaluar y tratar delincuentes: **Riesgo-Necesidad-Responsividad** (Andrews y Bonta, 2010).
- **Eysenck** (última formulación): delincuencia = **P alto, E alto y N alto**.
- Los trastornos mentales pueden afectar a la responsabilidad y a la consecuencia jurídica (las dos: «ambas»).

Imputabilidad y Código Penal

- Imputabilidad: medida en que una persona puede ser **juzgada** (culpable). Exige capacidad **intelectiva (cognitiva) y volitiva** en el momento del hecho.
- **Art. 20 CP** (fórmula mixta y abierta, amplio espectro de alteraciones):
  - 1.º *Anomalía o alteración psíquica*, incluido el **trastorno mental transitorio** (no buscado para delinquir).
  - 2.º *Intoxicación plena* (**no voluntaria**) o síndrome de abstinencia.
  - 3.º *Alteraciones de la percepción* desde el nacimiento o la infancia.
- No figura con nombre propio el **trastorno del control de impulsos**; la intoxicación plena **voluntaria** no exime.
- **Anomalía** = «siempre fue así»; **alteración** = trastorno de nueva aparición en alguien antes normoadaptado (p. ej., demencia) (Muñoz, Echeburúa y García-López, 2014).
- Los tribunales suelen dejar la valoración intelectiva y volitiva a la **psiquiatría** (Pozueco et al., 2011).
- Forense frente a clínica: más escepticismo, sin secreto pleno y **mayor riesgo en el uso de etiquetas diagnósticas**.
- Pericial del *denunciado* (capacidad procesal, imputabilidad, riesgo) = **juzgados de lo penal o de instrucción**.
- Quirós (2019): «libertad de decisión» **difiere** entre neurociencia y Derecho.

Ejemplo: quien bebe a propósito para «atreverse» a agredir no queda exento: intoxicación voluntaria.

Trastornos y tipo de delito

- **Esquizofrenia/psicosis**: lesiones y daños a la propiedad (mobiliario); más riesgo que la población general, sobre todo por **comorbilidad con drogas**. Delirios más violentos: **mesiánicos** (misión) y de amenaza.
- **Depresión**: homicidio (filicidio, parricidio) **limitado a la familia**, **suicidio ampliado**.
- **Bipolar**: *manía* = agresión impulsiva, delito económico, vandalismo, desinhibición sexual (la pedofilia no es de la fase depresiva); *depresión* = filicidio/parricidio.
- **Explosivo intermitente**: lesiones menores y destrucción de mobiliario.
- **TOC**: negligencias en el hogar, agresiones desmedidas por rigidez y orden, delitos con armas.
- **Ludopatía**: delitos contra la **propiedad**. **Facticio por poderes**: contra **menores**.
- TP: antisocial/narcisista = fraude, falsificación, explotación (no el límite); **histriónico** = delitos sexuales y de pareja; **evitativo** = ira por *rechazo o marginación* y el que *menos* agresiones sexuales comete (grupo C).
- Violencia **impulsiva** = bipolares y límites; **instrumental** = psicópatas.
- Psicóticos violentos tratados **pueden reincorporarse** (dejan de ser peligrosos); no así psicópatas y parafílicos.

Prisión: López et al. y Fuentes y Fernández

- López et al. (2017): el riesgo relativo de delito en TMG es **menor** que en trastornos adictivos y de personalidad. López et al. (2021): TP y drogas son mayoría en prisión; el TMG es una minoría (**no 40%**).
- **Fuentes y Fernández** (2016): prevalencia de **psicosis en prisión**; factor más estudiado = comorbilidad con **consumo de drogas**; el arresto depende de esa comorbilidad; la reincidencia tras el alta se liga a **TP**; hay cárceles **sin psiquiatra** (atiende el médico general).

Suicidio: definiciones y modelos

- **OMS (2014)**: conducta suicida = ideación, planificación e intento, con o sin resultado de muerte.
- Criterios: **ni DSM-5 ni CIE-10** los establecen. El DSM-5 propone el «trastorno de comportamiento suicida» en la Sección III, *afecciones que necesitan más estudio*; define el intento como «secuencia de comportamientos iniciada por el individuo, que espera que lleve a su muerte».

- **Durkheim** (1897): sociológico; integración (egoísta-altruista) y regulación (anómico-fatalista).
- **Mann**: diátesis-estrés; diátesis = rasgos (pesimismo, neuroticismo).
- **Carballo**: integrativo; Mann + factores **endofenotípicos** (p. ej., neuroticismo, impulsividad).
- **Jollant** et al. (2011): **neurocognitivo**; factores biológicos, psicológicos, cognitivos y ambientales.
- Heredabilidad: transmisión de disposición a enfermedad mental y de rasgos (agresividad, impulsividad, neuroticismo).

Cifras del suicidio

- Ideación suicida en España a lo largo de la vida: **4,4%**.
- Autopsia psicológica: **90%** con trastorno mental.
- Intentos o autolesiones previos: al menos **40%**.
- OMS: **2.ª causa** de muerte entre 15 y 29 años.
- INE: **1.ª causa de muerte externa**, por delante del tráfico; 2020: **3.941** (unos 11/día).
- Consumado: varones 3–4 veces más; intentos: mujeres jóvenes.

Suicidio: epidemiología y riesgo

- Consumado: **más en varones** y mayores; mujeres maduras más que adolescentes. Intentos: mujeres y jóvenes.
- Medio **urbano**: más tentativas, menor letalidad; rural: más letalidad. Estar casado protege.
- Riesgo máximo en las **primeras fases** del trastorno y en los **meses tras el alta** psiquiátrica.
- **Fonseca et al. (2022)**, adolescentes: suele empezar **antes de los 20**; va en aumento y cada vez más precoz; puede ser repentina, sin planificación. Factores *internos* (lo del propio joven, p. ej., **abuso del smartphone**) y *externos* (familia, colegio, iguales).

Trampas de los distractores.

- Absolutos: «factor único», «por sí solo», «nunca», «todos».
- Imputabilidad (ser juzgado) frente a valoración del riesgo (violencia futura).
- Intoxicación «voluntaria» como eximente; control de impulsos como categoría del CP.
- Cruzar sexos: consumado en mujeres es falso.
- Riesgo en «fases avanzadas»: es al inicio y tras el alta.
- TMG con riesgo igual al de adictivos y TP; TMG al 40% en prisión.
- Fraude ligado al límite (es antisocial o narcisista).
- Mann frente a Carballo (endofenotipos) frente a Jollant (neurocognitivo).

Esquema

- Trastorno = factor de riesgo; la mayoría de delitos sin trastorno.
- Imputable: entiende + quiere. Art. 20: psique, sustancias, percepción.
- Psicosis + drogas = riesgo. Depresión = familia; manía = dinero y vandalismo.
- Ludopatía propiedad; facticio por poderes menores; TOC rigidez.
- Suicidio: 90% trastorno, 40% intentos, 4,4% ideación.
- Sin criterios DSM-5 ni CIE-10; Sección III.
- Durkheim social; Mann diátesis; Carballo endofenotipo; Jollant neurocognitivo.

12. Otros trastornos (infancia, TCA, neurocognitivos, suicidio)

Cae en: D19F2, 22F1, 22F2, A22SO, A23F1, D23F2, A23SO, A24F1, D24F2, A24SO, A25F1, D25F2, A25SO, A26F1, D26F2, A26SO. Han caído **31 preguntas** del tema; dos tercios son de **trastornos de la conducta alimentaria** (TCA).

Anorexia nerviosa (AN)

- Criterios DSM-5: **peso significativamente bajo** (obligatorio, sin cifra; el IMC solo gradúa la gravedad), miedo intenso a engordar y **alteración de la percepción de la imagen corporal**. La **amenorrea** ya no es criterio en el DSM-5; sí lo es en la **CIE-10**.
- Subtipos referidos a los **últimos 3 meses**: *restrictivo* (dieta, ayuno, ejercicio; fobia a ciertos alimentos) y *purgativo* o con atracones (atracones o purgas recurrentes).
- Signos físicos («modo ahorro», todo baja): **hipotensión, bradicardia**, arritmias, hipotermia, **lanugo**, estreñimiento, amenorrea.
- Perfil: perfeccionismo de «todo o nada» («si no sale perfecto, mejor no hacerlo»); la idea es **egosintónica** (no rechaza la obsesión), a diferencia del TOC (egodistónico).
- Jerarquía: si hay AN no se diagnostica bulimia (peso bajo + purgas = AN purgativa).

Bulimia nerviosa (BN) y trastorno por atracón

- **BN**: atracones + **conductas compensatorias** recurrentes (vómitos, laxantes, diuréticos, ayuno, ejercicio), autoevaluación muy influida por peso y figura, **peso normal**.
- **Signo de Russell**: callosidades en el **dorso de la mano** (nudillos) por provocarse el vómito ⇒ BN.
- **Trastorno por atracón**: atracones con **malestar importante**, *sin* compensación; típico de **mujeres obesas** con largo historial de dietas. Exige descartar BN (no se diagnostica si hay BN).
- Pronóstico más favorable: **BN sin AN previa**.
- Etiología familiar: relaciones conflictivas y poca comunicación ⇒ TCA.

Ejemplo: chica de peso normal con atracones y vómitos semanales desde hace 4 meses, obsesionada con su figura ⇒ BN.

Datos que hay que saberse

- BN y atracón (DSM-5): al menos **1 vez/semana durante 3 meses** (DSM-IV: 2/semana).
- Subtipos AN: últimos 3 meses.
- Amenorrea: CIE-10 sí, DSM-5 no.
- Ansiedad por separación: **8** características; **∼5%** de niños.
- Mutismo selectivo: inicio antes de 5 años, duración media **8 años**.

Trastornos de la infancia

- **Ansiedad por separación**: todo gira en torno a la *figura de apego*; ∼5% de la población infantil; absentismo escolar y rendimiento bajo. El «miedo a ir al colegio» en sí **no** es una de sus 8 características (el miedo es a separarse, no al lugar).
- **Mutismo selectivo**: niño pequeño que habla en casa y calla en el colegio; la escolarización actúa como **exposición prolongada** que ayuda a remitir; duración media 8 años.

Otros: Diógenes y factores psicológicos en la salud

- **Síndrome de Diógenes**: acumulación patológica de objetos inútiles + abandono personal, en **demencia** o vejez. El trastorno de acumulación DSM-5 exige que *no* se deba a demencia.
- **Conducta tipo A** y complejo **ira-hostilidad-agresión**: factor de riesgo **cardiovascular**.

Trampas de los distractores.

- «Hipertensión» en la AN: es hipotensión.
- Amenorrea como criterio DSM-5 o IMC concreto obligatorio.
- «2 veces por semana» (DSM-IV) en lugar de 1.
- Fobia a alimentos en la AN purgativa: es de la restrictiva.
- Signo de Russell en anorexia restrictiva o atracón.
- Mutismo en adolescentes o «no habla en casa».
- Confundir Diógenes con trastorno de acumulación.

Esquema

- AN: peso bajo + miedo + imagen; todo baja; lanugo.
- Amenorrea solo en CIE-10.
- BN: atracón + compensación + normopeso; Russell.
- Atracón: sin compensación, obesidad, excluye BN.
- Jerarquía AN $>$ BN $>$ atracón.
- Separación 5%, apego; mutismo 8 años.
- Diógenes = demencia; tipo A = corazón.