



## 1. INTRODUCCIÓN: PRECISIONES CONCEPTUALES

Desde una perspectiva hegeliana del conocimiento y la praxis científica, se pueden establecer **3 niveles de trabajo y análisis**. La intersección de éstos 3 niveles es lo que caracteriza la actividad científica:

A. **NIVEL TEÓRICO**: Las *representaciones simbólicas y el manejo de símbolos* son sus elementos. Sus **medios de trabajo** se engloban bajo lo que llamamos "*actividad intelectual*".

**2 tipos:**

- Los conceptuales**: razonamiento, imaginación, memoria, y sus productos y elaboraciones (definiciones, clasificaciones, criterios y modelos teóricos).
- Los materiales y/o tecnológicos** (lápiz, ordenador, libros, archivos, etc.).

**Tipo de trabajo** que se elabora desde éste nivel (**Mussó**): *crear conceptos, proyectar actividades y elaborar críticas*.

B. **NIVEL EXPERIMENTAL**: Se caracteriza por la *ejecución de todos los proyectos formulados en el nivel teórico*. Sus **instrumentos de trabajo**: todos *los necesarios para medir (evaluar) el objeto de estudio*.

**Finalidad** (de éstos dos primeros niveles): obtener conocimientos que puedan ser verificables y/o contrastables y crear medios de trabajo nuevos (conceptuales y materiales).

C. **NIVEL TÉCNICO**: Conlleva la "*realización de ideas*" generadas en los niveles precedentes. **Finalidad**: conseguir los cambios implícitos en esas ideas.

### HERRAMIENTAS CONCEPTUALES (DEL NIVEL TEÓRICO)

➤ **CRITERIO**: "*Norma, regla o propiedad que guía el conocimiento respecto de un objeto concreto*".

**"Guiar el conocimiento"**:

- Delimitación de los hechos que constituyen datos para la comprensión y explicación del objeto* (cuales de los sucesos de la realidad tienen algún valor explicativo para nuestro objeto).
- Ordenación de esos datos, según su mayor o menor importancia respecto a la capacidad y utilidad que tienen para la comprensión del objeto*. La funcionalidad y utilidad de los criterios reside en su capacidad para delimitar el objeto y guiar su explicación y su comprensión  $\psi$  La elección de un criterio suele significar la exclusión de otros, por tanto, todo lo que no forme parte de dicho criterio, no será susceptible de explicación, ni será considerado como relevante.

➤ **MODELO CIENTÍFICO**: Según **Kazdin**: "*Forma global de ordenar o conceptualizar el área de estudio. Representa una orientación para explicar la conducta anormal, llevar a cabo la investigación e interpretar los hallazgos experimentales...Un modelo es una orientación mucho más amplia que la teoría (más específica), que refleja una posición básica para conceptualizar problemas*".

**Diversas acepciones o significados:**

A. **Primera acepción**: Hace referencia a un modo concreto de concebir el propio **status quo de la psicopatología**, como ciencia diferente, incluyendo tanto la **definición** del objeto mismo (enfermedad mental, conducta anormal), como de los **procederes técnicos** y



## CAPITULO 2: CONCEPTOS Y MODELOS EN PSICOPATOLOGÍA

**metodológicos** más adecuados para abordarlo ("Escuelas de Psicopatología"). En todos los modelos hay influencias de varias escuelas de pensamiento.

- B. **Segunda acepción: La analogía: se toman ciertos conceptos de otros campos para aplicarlos al campo de la psicopatología** (modelos animales, los de condicionamiento o provocación experimental de experiencias anormales).

Algunos modelos, además de herramientas conceptuales, son útiles para el nivel de trabajo experimental.

**Price:** "Un modelo es un análogo conceptual que sirve para iniciar investigaciones empíricas y que recurre a estructuras y fenómenos conocidos".

Los modelos constituyen un modo de representación de la realidad que se quiere conocer, que ayuda a seleccionar ciertos hechos relevantes y a organizar sus relaciones, y, permite reproducir algunas de las propiedades del sistema original, aunque no todas ⇒ **todo modelo es parcial y selectivo** y será útil en la medida en que permita responder a las preguntas que interesan.

**Seoane:** "Teoría de los dos sujetos experimentales": un investigador prepara un diseño experimental que responde puntualmente al modelo de sujeto que mantiene el experimentador; El sujeto experimental del laboratorio se contrapone en mayor o menor grado al modelo del sujeto.

- C. **Tercera acepción:** Lo hace análogo a la **noción de paradigma: modo concreto de abordar el objeto de estudio, el tipo de problemas que se plantean y las clases de información y metodología que se pueden utilizar.**

### 3 usos del término paradigma:

- Paradigma como metáfora de la realidad** (como modelo frente a ejemplar (Kuhn)): Los modelos no son descripciones isomórficas de la realidad pero sirven o se utilizan para definir la realidad que pretenden estudiar.
- Paradigma equivalente a ejemplar metodológico:** consenso sobre los problemas relevantes y como resolverlos.
- Asiento institucional de la comunidad científica:** Hábitos y reglas tácitas de actuación.

**Los modelos psicológicos de las psicopatologías recogen al menos alguno de los rasgos de "paradigma".**

### ➤ ¿Por qué conviven en psicopatología tantos modelos distintos?

- Debido a la **indeterminación conceptual:** Semejante diversidad y disparidad es resultado de:
  - **Ausencia de criterios ampliamente compartidos** sobre el significado de "lo psicológico" (según esto habría que admitir que la psicopatología se encuentra en una etapa precientífica).
  - Consecuencia de la **relatividad de los criterios** que los definen.

En la historia de las ciencias, **las escuelas surgen en un determinado contexto dialéctico:** cada una pretende ser un rechazo crítico de las existentes y una solución a los problemas no resueltos (geocentristas vs heliocentristas, circulacionistas de la sangre vs anticirculacionistas).



## CAPITULO 2: CONCEPTOS Y MODELOS EN PSICOPATOLOGÍA

⇒ La única solución para considerar a la psicopatología como una ciencia, será *concebir su historia de modelos, escuelas y paradigmas, no como problemas y soluciones aisladas, sino como ramificaciones de problemas antiguos y complejos.*

La respuesta a la pregunta sobre el origen y la pervivencia de distintos modelos, tendría que basarse en una de éstas **dos ideas**:

- a) **Que las diversas opciones encarnadas en las distintas escuelas representan intentos de solución a los problemas constitutivos de la misma psicología.**
- b) **Que tales opciones representan intentos de solución de problemas nuevos, que antes no se habían planteado** (si se consideraban comportamientos normales, no eran susceptibles de investigación).

### 2. Segunda respuesta: **Relatividad de los criterios**:

Los criterios son relativos **dependiendo del momento histórico y cultural y/o contexto cultural en que se dan las respuestas** (alguien es considerado anormal si representa una inversión de la ética dominante).

**Las "imágenes de hombre" que una sociedad posee van a ser determinantes a la hora de construir las imágenes de lo psicopatológico** ⇒

Esas imágenes cristalizan en los "modelos" y "criterios" de psicopatología.

**Magaro**: "La mayor parte del contenido de los modelos y criterios, intentan crear *un puente entre nuestras creencias sobre la anormalidad psicológica y unos pocos hechos*".

Lo normal es que el cambio de criterios se produzca por la construcción de **explicaciones que sean más compatibles con el momento político, económico y cultural.**

Una de las constantes en la historia de las ideas sobre psicopatológico y normalidad, ha sido la **alternancia entre 2 modos de concebir la naturaleza humana**:

- a) **Creencias que enfatizan aspectos de racionalidad**, control, poder.
- b) **Creencias que enfatizan la irracionalidad**, la ausencia de control de los instintos.

### 3. Sean cuales sean las creencias sobre la naturaleza normal o anormal, **no se suelen aplicar por igual a todos los miembros de una misma sociedad**: **Los grupos dominantes** (intelectuales, políticos), **asignan a sus "contrarios", una naturaleza distinta de la suya.** Existen diferencias según la clase social, la historia anterior, el nivel cultural, etc. Esto repercute en aspectos como el pronóstico y el tratamiento (**Hollingshead y Redlich**).

#### EN DEFINITIVA:

- La diversidad de modelos y criterios de la **Psicopatología**, responde al hecho de que **su objeto no se corresponde con ninguna verdad objetiva** (no puede ser explicado recurriendo exclusivamente a hechos y leyes científicas) (**Szasz y Braginsky**).
- Las **escuelas y modelos** pueden ser concebidos como el **puente que une las creencias implícitas y tácitas de una sociedad, con el comportamiento concreto de sus actores y agentes** ⇒ su nacimiento responde a la *necesidad de implementar un sistema de creencias.*  
A medida que el sistema cambia, cambian también los criterios, escuelas, modelos e instituciones.



## 2. CONCEPTOS Y CRITERIOS EN PSICOPATOLOGÍA

### 2.1 Criterio estadístico

Cuando la psicología y la Psicopatología se homologaron a las ciencias naturales, se recurrió a la cuantificación de los datos psicológicos a través de la estadística.

En Psicopatología, **la estadística se transmutó en criterio definitorio del objeto y adquirió rango de concepto** ⇒ "Criterio estadístico de la Psicopatología".

- **Postulado Central: SUPUESTO DE FRECUENCIAS:** Las variables que definen psicológicamente a una persona, poseen una distribución normal en la población general ⇒ La Psicopatología es todo aquello que se desvía de la normalidad, es decir, lo que resulta poco frecuente, no entra en los límites de la distribución normal de la población.

Según este criterio se habla de **hiper o hipoactividad** para catalogar un comportamiento motor alterado o de **alta vs baja inteligencia** para designar la capacidad mental de las personas, etc.

- **Segundo postulado: SUPUESTO DE LA CONTINUIDAD:** "Los elementos constitutivos de las psicopatologías, se hallan presentes en la normalidad pero constituyen una exacerbación, por exceso o defecto, de esa normalidad".

Las diferencias entre lo normal y lo patológico son de naturaleza **cuantitativa, de grado**.

Utilización del prefijo "a" para hablar de "conductas o actividades anormales".

Cuando la psicopatología se rige por un criterio estadístico ⇒ **anormalidad = psicopatológico**.

**Seoane:** "En psicología, la idea de experimentación ha ido siempre unida a la de cuantificación".

La tecnología estadística ha servido tanto para establecer *relaciones funcionales* como para realizar la *inducción probabilística*.

### 2.2 Criterios sociales e interpersonales

Uno de ellos, el **Criterio consensual (Sullivan)**: La definición de las psicopatologías es una cuestión de normativa social, es decir, del **consenso social que se alcance en un momento y lugar determinados**.

De ahí que se afirme que: *Lo psicopatológico es una "construcción social", "una convención", "no existe más que en las mentes de quienes lo postulan"*.

Es también un criterio para la ausencia o presencia de psicopatologías, **la adaptación a los modos de comportamiento esperables, habituales y considerados correctos por el grupo social**. De hecho, se encuentra en la base del criterio legal de normalidad mental vs psicopatológico.

Sin embargo, **suponer que la adaptación es sinónimo de salud mental es erróneo** (para un joven de un barrio marginal de una gran ciudad, puede resultar adaptativo socialmente asumir la violencia y la agresión como forma de comportamiento habitual).

La adaptación no puede erigirse como el criterio por excelencia para la delimitación de lo psicopatológico y de lo normal ⇒ indeterminación del criterio.

Un **modo de solucionar la indeterminación del criterio** sería *postular la existencia se condicionantes situacionales que serían los responsables de las psicopatologías* ⇒ El individuo sería como una marioneta sometida a contingencias ambientales y que representa el papel que la sociedad le adjudica. El riesgo: *Sustraer de la naturaleza humana la autodeterminación y la racionalidad*.



## CAPITULO 2: CONCEPTOS Y MODELOS EN PSICOPATOLOGÍA

**En definitiva:** Es preciso examinar el contexto social y las contingencias ambientales que modulan el comportamiento y la actividad mental, para comprender la génesis y mantenimiento de comportamientos anormales, sin embargo, no hay que poner un énfasis exclusivo y excluyente en esos condicionantes.

### 2.3 Criterios subjetivos o intrapsíquicos

**Es el propio individuo el que dictamina sobre su estado o situación:** se suele traducir en manifestaciones verbales o comportamentales (quejas sobre la propia infelicidad, sobre la incapacidad para afrontar un problema, retraimiento social, malestar físico, etc.).

**Variante del criterio:** el **algedónico** (**Schneider**): hace referencia al **sufrimiento personal, propio o ajeno, como elemento definitorio de la presencia de una psicopatología**.

**Principal problema de éste criterio:** **Las personas son conscientes de sus problemas**, aunque, hay casos en los que no lo son (demencias, estados psicóticos).

No todas las personas que manifiestan infelicidad o angustia son catalogables de psicopatológicas.

**El criterio subjetivo no tiene en cuenta** los **efectos que un comportamiento anormal produce en el contexto social inmediato** de la persona que lo exhibe (sí lo tiene en cuenta el **algedónico**).

**Ninguno de los dos criterios** permite **distinguir entre psicopatologías y reacciones normales de adaptación al estrés** ⇒ éste tipo de criterios resulta **insuficiente**, aunque en la práctica hay que tenerlos en cuenta (la información que una persona nos proporciona sobre sí mismo, es una fuente de datos irrenunciable e imprescindible para el psicopatólogo).

### 2.4 Criterios biológicos

Son criterios de naturaleza no psicótica.

**Supuesto básico:** "Las distintas psicopatologías, son la expresión de alteraciones y/o disfunciones en el modo normal de funcionamiento, bien de la estructura, bien del proceso biológico que las sustenta".

Las alteraciones pueden estar causadas por:

- Acción de **agentes patógenos externos**: prefijo "dis".
- **Carencia de determinados elementos constituyentes**: prefijo "a".
- **Ruptura del equilibrio normal de los procesos o estructuras involucradas**: prefijo "hiper o hipo".

Asumir una etiología orgánica como explicación última o exclusiva de las psicopatologías, **conlleva** adoptar el término de **enfermedad mental**.

**Supuso:**

- Ruptura radical con las perspectivas mágico-religiosas.
- Adopción de planteamientos científicos.

El hecho de que se descubra una etiología orgánica **no significa descartar la intervención de otros factores psicológicos o sociales**.

El reduccionismo de la psicología a lo biológico, significa la **imposibilidad de la psicología y la psicopatología como actividades científicas**.

Los planos biológico y psicológico no son incompatibles, sino complementarios y necesarios para la comprensión de las psicopatologías ⇒ tendencia actual a postular un **modelo biopsicosocial**.



## 2.5 Criterios de anormalidad: Algunas conclusiones

- I. **No hay ningún criterio que por sí mismo o aisladamente sea suficiente para definir un comportamiento**, sentimiento o actividad mental, como desviada, anormal o patológica.
- II. **Ningún comportamiento, sentimiento o actividad mental son por sí mismos patológicos** (posible utilidad adaptativa y estratégica).
- III. La presencia de psicopatologías, representa un **obstáculo para el desarrollo individual** de la persona que las mantiene o para su grupo cercano.
- IV. Las personas con psicopatologías, **no alcanzan niveles óptimos de desarrollo social, afectivo, intelectual o físico**, y, esas dificultades, están producidas por anomalías en sus actividades, procesos, funciones y estructuras.
- V. Los elementos que definen un comportamiento o actividad mental como psicopatológica, **no difieren de los que definen la normalidad, más que en términos de grado, extensión y repercusiones** (es más correcto adoptar criterios dimensionales que categoriales o discontinuos).
- VI. La presencia de psicopatologías **no conlleva necesariamente la ausencia de salud mental**: lapsus linguae, anomalías que se producen en el curso de una actividad mental normal, etc.
- VII. **Salud no es sólo ausencia de enfermedad sino también presencia de bienestar.**  
FMSM definió la salud como: "*Estado que permite el desarrollo óptimo físico, intelectual y afectivo del sujeto en la medida en que no perturbe el desarrollo de sus semejantes*".

## 3. LOS MODELOS EN PSICOPATOLOGÍA

- Las diferentes perspectivas teóricas sobre la conducta anormal, se basan en los criterios y se diferencian entre sí en el **mayor o menor énfasis que pongan en cada uno de ellos** ⇒ Los modelos en psicopatología también son múltiples.
- Existen **3 grandes orientaciones teóricas**:
  1. **Biomédica**
  2. **Conductual**
  3. **Cognitiva**

## 4. EL MODELO BIOLÓGICO

- **Principio fundamental: El trastorno mental es una enfermedad.**  
Las alteraciones psicopatológicas se producen porque existen anomalías biológicas subyacentes. El tratamiento deberá corregir esas anomalías orgánicas.
- **Hipócrates (II a C): predecesor del enfoque médico**, en una extrapolación del modelo kraepeliniano.  
S. XIX: **Difusión de la teoría de Kraepelin**: investigación que *vinculó la enfermedad mental a una enfermedad orgánica* (sífilis).  
Años **50 del s. XX**: Se comienzan a sintetizar y utilizar distintas clases de **drogas psicotrópicas** que mostraron su eficacia en distintos trastornos mentales.



## A. Bases biológicas de la conducta anormal

- Se presupone que la **alteración del cerebro** (estructural o funcional) es la **causa primaria** de la conducta anormal o de la anormalidad mental.
- Las **alteraciones** pueden ser:
  1. **Anatómicas**: Tamaño o forma de regiones cerebrales.
  2. **Bioquímicas**: alteración de elementos bioquímicos por exceso o defecto.

A su vez, esas alteraciones pueden ser consecuencia de factores genéticos, metabólicos, infecciosos, alérgicos, tumorales, cardiovasculares, traumáticos, estrés, etc.

- **Buss**: Según las causas del trastorno pueden distinguirse **3 tipos de enfermedad**:
  1. **Enfermedad infecciosa**: Un microorganismo (virus) ataca a un órgano o sistema (gripe, hepatitis).
  2. **Enfermedad sistémica**: diabetes.
  3. **Enfermedad traumática**: Fractura o condición producida por ingestión de una sustancia tóxica.

A partir de los años 50, interés por **aplicar el modelo sistémico de enfermedad a la conducta anormal**.

Reforzado por el **descubrimiento de sustancias neurotransmisoras** (NE, 5HT) y **fármacos psicoactivos**.

**Anormalidad = problema bioquímico** (evidencia empírica de que las sustancias bioquímicas intervienen en muchos trastornos del comportamiento).

- **Trastornos mentales orgánicos: Trastornos mentales que tienen causas físicas claras**: *Corea de Huntington* (pérdida de neuronas en los ganglios basales), *enfermedad de Alzheimer*.

**Trastornos mentales funcionales: patrones de conducta anormales sin claros indicios de alteraciones orgánicas cerebrales** (*trastornos de ansiedad, depresión y esquizofrenia*).

Los estudios sobre el efecto que las drogas tienen en el cerebro han contribuido a que se conozca mejor su funcionamiento en relación a los trastornos mentales que responden positivamente a ciertos psicofármacos. Así se sabe que las alteraciones en la actividad de diversos neurotransmisores se pueden asociar a distintos trastornos mentales.

- Las **alteraciones en la actividad de neurotransmisores** pueden asociarse a diferentes trastornos mentales:
  - Trastornos de ansiedad**: actividad insuficiente de **GABA**.
  - Esquizofrenia**: Excesiva actividad **dopaminérgica**.
  - Depresión**: déficit de actividad de **serotonina** y **catecolaminas**.
- Si un determinado **trastorno ocurre con una relativa frecuencia en una familia** se considera que hay una **predisposición genética** a padecerla: bases genéticas de la depresión, esquizofrenia, Alzheimer. Constituyen **grupos de riesgo**: se observan casos de numerosos parientes biológicos de un paciente diagnosticado de una alteración psicopatológica específica que presentan el mismo trastorno.
- Cuando se presupone una **vulnerabilidad orgánica asociada al efecto de agentes externos patógenos** se habla de **interacción predisposición-estrés** (modelo de diátesis-estrés).



## B. Postulados del modelo biológico

El modelo médico se ha desarrollado básicamente en el campo de la medicina (psiquiatría).

### Conceptos centrales:

1. **Signo**: Indicador objetivo de un proceso orgánico anómalo (fiebre).
2. **Síntoma**: Indicador subjetivo de un proceso orgánico y/o funcional (sensación de tener fiebre). Es la *unidad mínima descriptible* en psicopatología.
  - **Síntomas primarios**: orientan hacia un diagnóstico determinado.
  - **Síntomas secundarios**: Cuando no cumplen los criterios etiológicos o descriptivos de la entidad nosológica en la que se han identificado.
3. **Síndrome**: Conjunto de signos y síntomas que aparecen en forma de cuadro clínico (agrupamiento o patrón recurrente).
4. **Enfermedad mental**: (entidad nosológica): Estructura totalizante en la que adquieren sentido los fenómenos particulares. Dotan de recursos para comprender los factores etiológicos, el pronóstico y el tratamiento.
5. **Discontinuidad entre lo normal y anormal**: El trastorno mental se clasifica y diagnostica en base a criterios categoriales  $\Rightarrow$  cada trastorno mental es una entidad clínica (nosológica) cada categoría clínica se diferencia cualitativamente de los demás trastornos mentales, así como de lo "no clínico". Contrasta con una concepción dimensional de la psicopatología, donde la diferencia entre lo normal y lo anormal es de grado (no discontinuidad).

## C. Evaluación del modelo biológico

Actualmente, éste modelo **goza de considerable prestigio en  $\psi$  clínica**: las investigaciones sobre las bases biológicas de la conducta anormal son abundantes, y los nuevos fármacos son, por sí mismos, relevantes instrumentos de investigación sobre las causas biológicas de los trastornos.

### Virtudes del modelo:

1. Nos recuerda que los problemas psicológicos pueden tener **causas biológicas** dignas de evaluación y estudio.
2. Gracias al descubrimiento de **técnicas biomédicas**, la investigación sobre los aspectos **neurofisiológicos de la conducta anormal progresa rápidamente**.
3. **Los tratamientos biológicos** han proporcionado significativas **aportaciones en el tratamiento** de distintos trastornos mentales.

### Problemas y limitaciones:

1. **El reduccionismo**. Nuestra vida mental es una interacción de factores biológicos y no biológicos (psicológicos, sociales, culturales)  $\Rightarrow$  Es más relevante explicar esa interacción para conseguir una comprensión más integrada y holista bajo el paradigma del **modelo biopsicosocial**.
2. **Validez explicativa de sus teorías**. Incompletas y poco concluyentes.
  - Muchos estudios se realizan con animales: **dificultad para generalizar** la validez de sus conclusiones a la conducta humana.
  - Los **estudios genealógicos y genéticos están abiertos a sucesivas interpretaciones** en función de los avances de la neurociencia.
3. **La aceptación rígida de los postulados**, acarrea diversos problemas.
  - Tiende a considerar al individuo o enfermo mental como un ser pasivo, por no ser el agente responsable del inicio y posterior curación del trastorno. El médico el activo.





## CAPITULO 2: CONCEPTOS Y MODELOS EN PSICOPATOLOGÍA

- El trastorno mental es una enfermedad y por eso tiene etiología o causa de tipo orgánico. Pero muchos trastornos psicológicos no obedecen a causas orgánicas.
- El establecimiento de diagnósticos en base a la existencia de una serie de síntomas (criterios de diagnóstico) es contraproducente. Actualmente, se tiende a evitar la implicación de asunciones teóricas, empleándose criterios puramente descriptivos (sintomáticos).

### 5. EL MODELO CONDUCTUAL

A principios de los 60, el modelo conductual se perfila como nuevo paradigma de la Psicología clínica.

**2 factores primarios determinaron su surgimiento:**

1. **Madurez alcanzada por la psicología del aprendizaje.**
2. **Insatisfacción** con el estatus científico y modus operandi del **modelo médico.**

La evolución histórica de la perspectiva conductual ha dado lugar a distintas orientaciones o submodelos.

#### A. El modelo conductual como alternativa a las inadecuaciones de los modelos médicos (modelos de enfermedad)

La insatisfacción con respecto al modelo médico se debía, tanto a **factores teóricos** (epistemológicos y metodológicos), como **prácticos** (rol del psicólogo clínico, diagnóstico y tratamiento). Finales de los 50 y principios de los 60.

##### 1. Debilidad de la teoría biomédica:

Principal error: **Trasvase del modelo médico de la enfermedad física al campo de los trastornos mentales.**

**Incapacidad para establecer como las alteraciones fisiológicas inducen los síntomas psíquicos o comportamentales:**

- **Willerman y Cohen:** el modelo médico hipotetiza la existencia de anomalías fisiológicas que *no han sido demostradas*.
- **Szasz:** En los casos en que exista una alteración orgánica del SNC, *debería denominarse enfermedad neurológica y no mental*. "La mente no puede enfermar; Las enfermedades mentales reflejan únicamente desviaciones comportamentales de las normas sociales, éticas y legales".

Existen trastornos fuertemente ligados a alteraciones neurofisiológicas (esquizofrenia), puede que en este caso sea relevante el modelo biomédico; En la mayoría de los trastornos psicológicos (neuróticos), los factores ambientales, más que los biológicos, desempeñan un papel etiológico esencial; Además, en muchos trastornos (histeria), no existe evidencia de alteración psicológica ⇒ **tendencia a orientaciones más psicológicas, pero manteniendo las estructuras básicas del modelo médico**. La más importante la **psicoanalítica**. Esta corriente y otras no solucionaron los problemas de este modelo.

##### 2. Problemas asociados al diagnóstico médico:

- Resulta **inapropiada la aplicación del diagnóstico médico a los trastornos mentales**. **Yates**, centra sus objeciones en torno a 3 aspectos:
  - a) **Baja fiabilidad.**



## CAPITULO 2: CONCEPTOS Y MODELOS EN PSICOPATOLOGÍA

- b) *Baja validez.*
- c) *Escasa utilidad del diagnóstico psiquiátrico.*
- El problema de la "etiquetación" del paciente posee efectos negativos sobre el propio individuo. Y todavía es peor si esa etiquetación es poco válida y fiable. Además no tiene utilidad clínica.  
*Szasz: "La utilidad es más bien de tipo sociopolítica que terapéutica".*
- Actualmente no se sostiene que el diagnóstico categorial sea por sí mismo negativo. Los sistemas actuales de diagnóstico categorial son bastante fiables y válidos, y, su utilidad psicopatológica ha sido demostrada. Aun así se han tenido que cambiar bastantes cosas en los últimos 10 años. El DSM-III-R y el DSM-IV son más descriptivos, objetivos, versátiles y libres de influencias teóricas de escuelas que cualquier otro sistema. El DSM-III, muy influyente, ha sido discutido.

### 3. Problemas relacionados con el tratamiento:

El modelo médico ha sido de muy escasa utilidad para el tratamiento, salvo en trastornos con fuerte base fisiológica (esquizofrenia).

Se ha postulado la teoría de la hiperactividad dopaminérgica de la esquizofrenia sobre la base del relativo éxito terapéutico de los neurolépticos (inhiben la actividad dopaminérgica). Sin embargo, nadie afirma que el dolor de cabeza se deba a un déficit de ácido acetil-salicílico.

## B. Desarrollo y principios de la perspectiva conductual

- La base del modelo conductual, se encuentra en el desarrollo y aplicación de los principios del aprendizaje llevado a cabo en EEUU:
  - *Watson*: Condicionamiento de respuestas emocionales.
  - *Thorndike*: Conductas instrumentales, "ley del efecto".
  - *Hull*: Variables intermedias motivacionales (impulso o drive).
  - *Tolman*: Conductas intermedias intencionadas (cogniciones).
  - *Mowrer*: Integración clásico-operante.
  - *Skinner*: Aproximación operante "análisis experimental de la conducta".
- **Antecedentes más remotos: autores soviéticos: Sechenov, Paulov, Bechtereiv.**  
Su influencia se plasmó a través de la influencia de Watson en 2 conceptos fundamentales:
  - Metodológico: **Objetivismo.**
  - Teórico: **Condicionamiento.**
- **Primeras formulaciones sobre la teoría conductual de la conducta anormal (años 60): Wolpe, Eysenck y Jones.**  
Se centran principalmente en la explicación de la **conducta neurótica**: consiste en hábitos desadaptativos adquiridos mediante procesos de aprendizaje.

En la primera etapa, partieron del experimento de *Watson y Rayner*: mostraba la importancia del condicionamiento pavloviano en la génesis y mantenimiento de las neurosis (adquisición de una fobia infantil).

*Rachman y Costello*: **Aspectos esenciales de la teoría conductual de las fobias:**

1. Las fobias *son respuestas aprendidas.*
2. Los estímulos fóbicos se desarrollan cuando se *asocian temporal y espacialmente a un estado de cosas que producen miedo.*
3. Los estímulos neutros *que tienen relación con la situación que produce miedo* o impacto sobre la persona en ésta situación, desarrollarán *cualidades fóbicas con mayor probabilidad que los estímulos débiles* o ajenos a la situación.



## CAPITULO 2: CONCEPTOS Y MODELOS EN PSICOPATOLOGÍA

4. La repetición de la asociación entre la situación de miedo y los nuevos estímulos fóbicos, *reforzará la fobia*.
  5. Las asociaciones entre situaciones de miedo muy intenso y estímulos neutros, producirán con *mayor probabilidad reacciones fóbicas*.
  6. Se produce *generalización* del estímulo fóbico original a otros estímulos de naturaleza similar.
- **En Inglaterra (Eysenck)** predominó la orientación basada en el **condicionamiento clásico**, mediante la influencia de **Paulov** y los neoconductistas **Mowrer** y **Hull**.

**En EEUU**, predominó el **condicionamiento operante** por el enorme influjo de **Skinner** (autor con mayor impacto directo sobre la modificación de la conducta) Utilizado en conducta anormal.

- **Skinner** desarrolló el enfoque teórico y metodológico conocido como "**análisis experimental de la conducta**": supone grados máximos de experimentación y objetividad (no variables intermedias), y la asunción de un **conductismo radical**.

Contrasta con otros **enfoques más flexibles** o "**conductismo metodológico**" de **Mowrer** y **Eysenck**.

- La perspectiva conductual se perfila según **3 importantes focos de desarrollo**:
  1. En **Sudáfrica**.
  2. En **Inglaterra**: Variables intermedias. **Conducta neurótica**. Concepto de impulso
  3. En **EEUU**: Análisis experimental de la conducta. **Conducta psicótica**.

### Características de la perspectiva conductual comunes a ambos enfoques (clásico vs operante, Inglaterra vs EEUU)

1. **Objetividad**: El modelo conductual se centra en la objetividad y la experimentación en contraste con el médico (introspección, intuición y especulación).
2. **Principios del aprendizaje como base teórica**: La conducta psicopatológica consiste en **hábitos desadaptativos** que han llegado a condicionarse a ciertos estímulos. Tales hábitos **constituyen los síntomas clínicos y la propia conducta anormal**. El **tratamiento** debe basarse en la aplicación de los propios principios del aprendizaje (terapia conductual) para **extinguir las conductas indeseables**.
3. **Rechazo del concepto de enfermedad**: No asume la existencia de causas subyacentes. El concepto médico de enfermedad no es aplicable a los trastornos del comportamiento. Para éste modelo, la enuresis es, en sí misma, el problema, producido por un deficiente condicionamiento del control de esfínteres (el modelo médico considera que es un síntoma producido por problemas psicológicos).
4. **Aproximación dimensional**: Al rechazar el concepto de enfermedad, **rechaza la conceptualización categorial de los trastornos psicológicos**. No existen personas mentalmente enfermas. Como alternativa al diagnóstico médico tradicional, propone el "diagnóstico funcional de la conducta". La clasificación debe hacerse según **dimensiones**.  
**La diferencia entre la conducta normal y la anormal es cuantitativa** (no cualitativa).  
**Eysenck**: "*La anormalidad implica más bien el funcionamiento defectuoso de ciertos estados psicológicos (dimensiones)*".
5. **Relevancia de factores ambientales**:  
**Modelo biológico**: causación orgánica.  
**Modelo psicodinámico**: causación psicológico.



## CAPITULO 2: CONCEPTOS Y MODELOS EN PSICOPATOLOGÍA

Modelo conductual: **factores ambientales** que se han ido condicionando a través de toda la experiencia del individuo.

6. **Teoría científica:** En la teoría conductual, la explicación sobre las causas y el tratamiento de la conducta anormal, sus variables e hipótesis, pueden ser **contrastadas empíricamente** (verificadas o rechazadas). Las relaciones e hipótesis han sido probadas de forma experimental. Se ha demostrado la eficacia de la terapia conductual.

### C. Críticas a la perspectiva conductual

- **Reduccionismo:** Únicamente los factores ambientales son responsables de la conducta anormal.  
Ciertos trastornos (esquizofrenia) presentan algún grado de transmisión hereditaria.  
Otros enfoques (Eysenck) otorgan importancia a los factores genéticos.
- **Papel de las variables intermedias:** La focalización estricta en las consecuencias objetivamente verificables de los estímulos externos, **deja fuera de estudio aspectos como el pensamiento o la experiencia subjetiva**. Los sucesos poseen efectos diferenciales en función de cómo se perciban, evalúen, procesen o recuerden.  
**Beach:** Cambios conductuales pueden originar cambios cognitivos y, cambios en procesos cognitivos pueden originar cambios conductuales.

**Breger y McGaugh:** Necesidad de una teoría que explique la conducta compleja que implica **factores internos** (cognitivos) no reductibles a relaciones E-R. Proponen como alternativa la "**teoría de estrategia central**" (en la neurosis se aprenden una serie de estrategias que guían la adaptación del individuo a su medio).

#### **Necesidad de incluir variables mediacionales.**

Necesidad de incluir los **procesos cognitivos** como **componentes centrales del modelo conductual**: muchos problemas psicológicos consisten, en sí mismos, en problemas cognitivos (obsesiones, interpretaciones inapropiadas de la realidad, pensamientos ilógicos, etc.).

### D. Direcciones actuales

- Actualmente, conviven varias **orientaciones conductuales**. Las 3 más importantes:
  1. **La mediacional** (*clásica o clásica/operante*).
  2. **La operante** o *análisis experimental de la conducta*.
  3. **La conductual-cognitiva**.

Las dos primeras se centran en **facetas observables de la conducta**, la tercera en **procesos cognitivos** (percepción e interpretación de los eventos cognitivos externos e internos).

La **teoría del aprendizaje social** ha sido, a veces, conceptualizada como **intermedia o integradora entre las 3 orientaciones** (considera tanto respuestas observables como procesos cognitivos).

- El marco teórico y metodológico actual del modelo conductual, es entendida en términos de menor rigidez (**necondicionamiento**).

La tendencia dominante actual es el reconocimiento creciente de la relevancia de los **procesos cognitivos**.

- **El condicionamiento pavloviano se hace más flexible** que al principio:
  - Puede ocurrir incluso cuando los estímulos están separados en el espacio y en el tiempo.
  - Se puede producir condicionamiento **no sólo a estímulos discretos, sino también a relaciones abstractas entre dos o más estímulos**.



## CAPITULO 2: CONCEPTOS Y MODELOS EN PSICOPATOLOGÍA

- Más que centrarse en asociaciones de contigüidad, **enfatisa relaciones de información**.

Ya **Tolman** reconoció la importancia de la cognición en el aprendizaje al sugerir que lo que se aprende son **estrategias cognitivas**.

**Paulov** postuló un **segundo sistema de señales** para referirse al condicionamiento semántico (condicionamiento sin contacto directo con el estímulo incondicional).

**Asociaciones E-E en vez de E-R.**

- En el momento actual, el **modelo conductual** atraviesa un estado de **expansión cognitivista**. El **neoadicionamiento** sirve de marco teórico para las nuevas exigencias cognitivistas.

**Rachman**: La nueva orientación trata de integrar nuevos fenómenos que han sido descubiertos y que *permiten nuevas predicciones y explicaciones, que no son posibles desde el mero aprendizaje asociativo*. **La simple contigüidad es insuficiente; La información es esencial.**

- A veces, en lugar de asumir un cognitivismo metodológico, existe una adhesión al **cognitivism epistemológico** ⇒ significaría un cierto cambio en el objeto de la propia psicopatología, que situaría los **procesos cognitivos en el centro de los contenidos y funcionamiento de los procesos psicopatológicos**.

## 6. EL MODELO COGNITIVO

### A. Antecedentes históricos

- **Wundt y James**: Elementos constitutivos de la investigación psicológica: **actividad mental y la conciencia**.

**Ebbinghaus, Donders y Barlett**: manifestaron **interés preferente por la cognición y sus procesos**.

- Desde los años 20 hasta los 50, **la psicología científica marginó e estudio de éstos temas** (meras piruetas mentalistas). A ello, contribuyó el auge de la psicología conductista.
- Con el abandono del positivismo a partir de los años 50, el **cognitivism** surgió con fuerza.

#### **Antecedentes e hitos históricos que hicieron surgir el cognitivism:**

- Artículo de **Turing** sobre los "números computables" (1937) y su propuesta de una máquina computadora universal.
- **McCulloch y Pitts** (1943): Aplicación del cálculo lógico al estudio de la actividad nerviosa superior.
- **Winer, Rosenthal y Bigelow** (1943): se extienden las ideas del servomecanismo al SNC.
- **Shannon y Weber**: contribuciones a la teoría de la comunicación y de la información.
- **Von Bertalanffy**: desarrollo de la teoría general de sistemas.
- **Polya, Vos Numann, Aiken, Minsky**: invención de los primeros ordenadores.
- **Newel y Simon** (1956): Programa de ordenador que simulaba operaciones similares a las que podía realizar una persona cuando pensaba.

⇒ **Analogía funcional del ordenador** (frente a la analogía del comportamiento animal) ⇒ El **paradigma más visible de la nueva psicología: El procesamiento de la información (PI)**

- **Desarrollo de la moderna psicolingüística (1951)**.  
**Chomsky** (1957): "**Syntactic Structures**": Propuesta de una **gramática transformacional**, opuesta a la gramática asociativa y lineal de los conductistas.



## CAPITULO 2: CONCEPTOS Y MODELOS EN PSICOPATOLOGÍA

El lenguaje se podía estudiar como un **dispositivo de competencia**, que incluye un conjunto de reglas de reescritura de símbolos, capaz de generar todas las frases gramaticales del lenguaje natural.

- **Miller, Galanter y Pribram (1960): "Plans and the structure of Behavior": Manifiesto fundacional de la Psicología cognitiva y del PI.**  
Desarrollan la analogía mente-ordenador que incluye conceptos mentalistas como: "planes", "metas", "estructuras", "estrategias".  
El cerebro es ante todo un dispositivo capaz de tratar con información.

**Dificultades:** Las **variables motivacionales y las diferencias individuales** no pueden ser explicadas recurriendo exclusivamente a la analogía mente-ordenador.

### B. Desarrollos posteriores

Las fuentes de la psicología cognitiva son más dispersas que la de la psicología conductual. Además de la Teoría del procesamiento de la Información como antecedente reciente, hay que considerar:

- **La Psicología de la Gestalt:** sus planteamientos influyeron decisivamente, no sólo en la percepción de los objetos en el mundo físico, sino en la **percepción de los objetos sociales**. Psicólogos sociales como **Lewin, Heider y Festinger** enfatizaban la **importancia de la percepción consciente** y de su evaluación. Aludían a conceptos mentalistas alejados del conductismo de su época ("expectativa", "nivel de aspiración", "balance", "consistencia", "atribución causal" o "disonancia cognitiva"). Son conceptos hipotéticos que explican el comportamiento observable.
- **La psicología de la personalidad:** Especialmente la derivada de los planteamientos de G.A. **Kelly** sobre los **sistemas de constructos personales** con los que las personas categorizamos el mundo, interpretamos los eventos y elaboramos predicciones.

A partir de aquí, y no de los planteamientos del PI, es posible la **consideración de los rasgos de la personalidad como categorías cognitivas**.

- **Teorías cognitivas sobre la emoción (Marañón, Schachter, Weiner y Lazarus):** Parten del supuesto de que todo estímulo o situación, debe ser primero identificado, reconocido y clasificado, antes de que pueda ser evaluado y de que active la respuesta emocional.  
**La cognición es una condición previa a la emoción:** La realización de una tarea que no evoca emoción, será cualitativamente distinta, de la que hará si provoca algún significado emocional, previamente almacenado en la memoria.  
**Críticas:** Convierte a las emociones en un proceso de conocimiento secundario a otros como la atención, percepción o memoria.

Actualmente, la psicología cognitiva, no se restringe al paradigma del procesamiento de la información, aunque sigue siendo uno de sus pilares más importantes. El hecho de que esté formada por tantas opciones es un problema para ser considerada como un paradigma unitario.

### C. Conceptos básicos (Williams)

Cognición = Conocimiento = Actividad mental humana y sus productos.

- Implica la **consideración del hombre como ser autoconsciente y activo** ⇒ busca activamente conocimiento y se halla en un proceso constante de autoconstrucción.
- Los procesos de búsqueda y transformación operan sobre representaciones internas de la realidad ⇒ **Es posible elaborar modelos que expliquen la configuración estructural y funcional de las distintas fases del procesamiento**.
- Se recurre a la utilización de la **metodología propia de la psicología experimental**, partiendo de datos comportamentales, informes introspectivos, registros psicofisiológicos.



## CAPITULO 2: CONCEPTOS Y MODELOS EN PSICOPATOLOGÍA

- No renuncia a metodologías más "blandas": las que proporciona la **psicología social** y la **psicología de la personalidad**, conceptos ambos de especial interés para la investigación psicopatológica.

### a) Limitaciones de la capacidad de procesamiento

- **El cerebro humano es un sistema de capacidad limitada**: los procesos cognitivos requieren **"esfuerzo"** o recursos. Las características de la tarea a realizar así como las personales, determinan la cantidad de esfuerzo necesario para una adecuada ejecución (Si consumimos menos recursos cognitivos, necesitamos menos capacidad).
- Algunos han definido las limitaciones de capacidad como resultado de nuestras dificultades para coordinar al mismo tiempo procesos cognitivos distintos.  
En psicopatología, *ésta limitación explica la deficiente actuación de algunos pacientes en tareas sencillas* (detección de señales simples).  
La limitación podría tener origen en diversas fuentes: alteraciones neurológicas, existencia de una especie de "saturación" de la capacidad cognitiva relacionada con problemas emocionales, etc.

### b) Procesamiento selectivo

- Ligado a la limitación de capacidad: **la mente selecciona ciertos estímulos, situaciones o tareas**, ignorando otras que podrían perturbar las elegidas al entrar en competencia con ellas.  
Este estilo de procesamiento se denomina **"atención selectiva"**.
- Existencia de un estilo de **procesamiento no consciente de información** que a menudo actúa **paralelamente al procesamiento consciente**. Esto indica que la mente es capaz de registrar y elaborar mucha más información de la que podría esperarse.

### c) Etapas del procesamiento

- Desde el PI, se han propuesto distintos modelos procesuales para explicar los distintos tipos de actividad cognitiva. Todos esos modelos: Intentan **identificar** cuales son los **subprocesos más simples** en los que puede descomponerse un proceso complejo, y, elaboran **hipótesis** plausibles y verificables **acerca de cómo están organizados esos subprocesos**.

Los modelos más sencillos, postulan que son **fases de procesamiento independientes entre sí, lineales y secuenciales** (una vez acabada una, comienza la siguiente y, cada etapa recibe información de la anterior). Este modelo permite averiguar cuáles son los componentes básicos, y cuáles sus invariantes, de los procesos.

- A partir de los 70, la investigación se dedicó a identificar las etapas del procesamiento. Surgieron dos modelos complementarios:

a) **Metodología aditiva**.

b) **Metodología basada en la sustracción**, a la que más tarde **Sternberg** incluyó, mediciones sobre el tiempo que cada persona tarda en realizar cada tarea (criticado por su simplicidad).

- Actualmente, el sistema cognitivo se concibe como un **sistema de módulos de procesamiento**, *cada uno dedicado a un tipo especial de transformaciones*.

Algunos, reciben información directamente del ambiente, mientras que otros la reciben de otros módulos.

Algunos son "cognitivamente impenetrables" (están involucrados con la estructura del mismo) otros están bajo control voluntario.



## CAPITULO 2: CONCEPTOS Y MODELOS EN PSICOPATOLOGÍA

Las limitaciones para explicar la organización mental, dieron pie a la aparición de otro tipo de supuestos.

### d) Procesamiento en paralelo

- En vez de un procesamiento serial, **se analizan varios aspectos a la vez, simultáneamente o en paralelo**, excepto en los casos en los que la propia naturaleza de la tarea exija un procesamiento secuencial.
- ¿Cómo se produce ese procesamiento en paralelo? Implica tener **3 características** del procesamiento humano:
  - a) *La presencia de un procesamiento paralelo contingente.*
  - b) *La existencia de jerarquías o estructuras de control.*
  - c) *La puesta en marcha de procesos y estrategias automáticas vs controladas.*

### e) Procesamiento paralelo contingente. Modelos bottom-up y top-down. Papel de los esquemas en la organización del conocimiento

Desde una perspectiva de etapas de procesamiento: Las fases o etapas son contingentes unas con otras, si *la eficacia de las tareas depende de que se hayan completado con éxito las tareas de las fases anteriores.*

- **Posibilidad alternativa:** Que los resultados (out put) de un proceso concreto de una etapa, fueran continuamente accesibles para los demás ⇒ una etapa comenzará antes de que la previa haya finalizado ⇒ *todas las etapas serían operativas o estarían funcionando simultáneamente.*
- Las operaciones que se realizan en distintas etapas, están bajo la **influencia cualitativa (no sólo cuantitativa) de los resultados** que se estén produciendo en etapas anteriores. También se producirá un **efecto de feed-back** entre las últimas etapas y las primeras, pudiendo modificar a las primeras (el resultado final de un proceso producirá un retorno de información hacia las primeras etapas que, en el caso fracaso, reiniciará el proceso bajo otros parámetros).
- **Modelos bottom up (de abajo a arriba):** intentan desvelar como se produce el flujo de información *desde los niveles inferiores a los superiores.*
- **Modelos top down (de arriba a abajo):** *de los superiores a los inferiores.* Estos modelos se ven obligados a postular la existencia de **representaciones mentales de orden superior o esquemas** (Barlett): *representaciones estereotipadas, típicas de situaciones o actividades.*

Los esquemas contienen información que es válida para una situación o momento específico, pero que es *modificable por nuevos inputs.*

- El **proceso de comprensión** requiere:
  - a) Identificar el módulo más apropiado para alojar la información mediante un **análisis inicial de tipo bottom up.**
  - b) **Análisis posterior de tipo top down** que *decidirá como debe organizarse e interpretarse la información.*





## CAPITULO 2: CONCEPTOS Y MODELOS EN PSICOPATOLOGÍA

La comprensión e integración final del input está predeterminada por estructuras de conocimiento ya existentes que suplirán la información adicional para la realización de inferencias.

- El modo en que una situación compleja va a ser interpretada o recordada, depende del abanico de esquemas prototípicos que se encuentren almacenados en la MLP. Estas representaciones **se adquieren mediante aprendizaje** (vicario o directo) por lo que existen diferencias individuales. De modo que, personas ansiosas, tienden a interpretar la información de modo amenazador (o de modo negativo en caso de deprimidos), por una mayor accesibilidad a los esquemas de amenaza.

### f) Jerarquías de control

- Puesto que los distintos tipos de actividad cognitiva están continuamente interactuando entre sí, se hace necesario apelar a **estructuras de control**.

Según esto, **las actividades cognitivas están organizadas de un modo jerárquico y, en el vértice de la jerarquía, estaría situada la estructura que controlaría todo el proceso de organización** (Es un planteamiento de **niveles** ≠ etapas).

### g) Procesos automáticos versus procesos controlados

Constituye otra posibilidad alternativa, aunque no excluyente de la anterior.

- Una misma actividad cognitiva puede realizarse de un modo cualitativamente distinto por distintas personas (diferencia interindividual), o por la misma persona (diferencia intraindividual) en distintas situaciones ⇒ **El sistema cognitivo es estratégicamente flexible**: es capaz de adaptarse a modificaciones ambientales así como lograr un mismo objetivo siguiendo diferentes rutas.

#### Distinción entre:

##### a) **Procesos automáticos**:

- Son **rígidos**.
- Implican **secuencias fijas de operaciones mentales**.
- Se **activan ante una configuración específica** del mundo estimular.
- Una vez que han sido activados **funcionan de manera independiente de los procesos de control**.
- **No requieren atención** o esfuerzo consciente.
- **Pueden actuar simultáneamente a otros procesos** (en paralelo).
- Se producen gracias a la existencia de **redes asociativas ya establecidas** (aprendidas o determinadas genéticamente).

##### b) **Procesos controlados**:

- **Son flexibles**.
- Implican **secuencias momentáneas** de operaciones mentales.
- Se activan **de forma consciente o intencionada**.
- **Requieren atención consciente**.
- Su funcionamiento, una vez puesto en marcha, **requiere del control del sujeto**.
- **No pueden actuar varios a la vez** (a no ser que uno de ellos sea muy sencillo o lento).
- No dependen de redes asociativas previas, por lo que **facilitan la adaptación a otros ambientes**.



## CAPITULO 2: CONCEPTOS Y MODELOS EN PSICOPATOLOGÍA

Esta distinción es útil para explicar ciertos déficits básicos de la psicopatología de la atención (en esquizofrenias) y, los déficits del procesamiento automático en los trastornos afectivos y por ansiedad.

### 8. Del procesamiento de la información a la psicología cognitiva

Todos los conceptos básicos de la psicología cognitiva que se han comentado hasta el momento (capacidad limitada, procesamiento selectivo, etapas del procesamiento, organización jerárquica, etc), son cruciales en la actual psicología cognitiva. Sin embargo, **al psicopatólogo, le interesa saber, no sólo como funciona la mente, sino cuáles son los contenidos mentales sobre los que trabaja**, y si produce alguna relación entre el cómo y el qué (¿Se activan los mismos procesos al recordar algo agradable que al recordar algo desagradable?).

La psicología cognitiva actual, y por tanto la psicopatología, tienen importantes raíces también en los ámbitos de la **psicología social** (investiga contenidos mentales: *actitudes, atribuciones, expectativas, valores, etc., que pueden ser o no accesibles a la conciencia y, como ello, modula y da sentido al comportamiento y la actividad humanas*) y de la **psicología de la personalidad** (énfasis en el estudio de la *identidad personal, la autoconciencia o el sí mismo*).

⇒ A partir de aquí, es posible alejarse de la metáfora hombre-ordenador y dibujar un cuadro del ser humano mucho más realista. Son muchas las **aportaciones que ésta "otra" psicología cognitiva ha hecho a la investigación psicopatológica actual**.

### D. La psicopatología cognitiva: planteamiento conceptual

La influencia de los planteamientos cognitivos sobre la psicopatología ha sido enorme y, ha permitido que se recuperen temas tales como, las alucinaciones, delirios, conciencia y amnesias, dándoles un tratamiento metodológico diferente, que se fundamenta en los supuestos experimentales de la psicología cognitiva que le sirve de base.

- En un primer momento, el objetivo básico de la psicología cognitiva es el **análisis de las estructuras y los procesos de conocimiento que controlan la aparición de los comportamientos y las experiencias extrañas o anómalas**, y no tanto las conductas anormales en sí mismas.
- Paralelamente, el énfasis se sitúa en el **concepto de experiencia anómala que se hace equivalente a los de disfunción o psicopatología**, y no tanto en el de conducta anormal (se restringe al ámbito de la conducta).
- Esta perspectiva, critica las concepciones reflejas, automáticas y predeterminadas de otros modelos (biomédico, psicodinámico o conductiva) sobre la base de argumentos como: "**El SNC es un sistema que procesa información. Incluso los reflejos incondicionados más sencillos** (reflejo de orientación), **implican cognición**" (la RO es la consecuencia de una reacción al cambio o a la novedad que conlleva la activación de procesos complejos de juicio y comparación).
- Respecto a postulados como el psicodinámico de la transmisión de energía, argumenta que "**lo que se transfiere no es energía sino señales e indicios** (información) **que son los que activan los procesos de conocimiento**."
- **A nivel metodológico**, utiliza **las técnicas y modos propios de la psicología cognitiva** (experimental, social y de la personalidad).  
**La psicopatología se configura como un área de investigación básica cuyo objetivo es:**
  - **Estudiar primero cómo funcionan los procesos cognitivos anómalos**, o las anomalías que se producen en los procesos de conocimiento de las personas y,
  - **Cuales son los contenidos de esos procesos anómalos**, que información manejan.



## CAPITULO 2: CONCEPTOS Y MODELOS EN PSICOPATOLOGÍA

En resumen, los principales postulados del modelo cognitivo en el contexto de la psicopatología son:

1. En lugar de hablar de conductas anormales o enfermedades mentales se habla de **"experiencias inusuales o anómalas"**: *actividades mentales que no son las que exhiben la mayoría de las personas en las mismas situaciones.*
2. Para afirmar que una persona tiene una experiencia inusual, es preciso referirse a los **fenómenos subjetivos** (introspección o informes verbales obtenidos en situaciones experimentales o en contextos naturales. Es decir, **interesa tanto el cómo se elabora la información (forma) como el qué se elabora (contenido).**
3. El objetivo de la investigación psicopatológica es el **estudio del funcionamiento de los procesos de conocimiento anómalos** (en situaciones naturales y/o artificiales).  
Los procesos cognitivos incluyen:
  - Los típicamente considerados por la  $\psi$  experimental: atención, percepción, memoria, pensamiento, etc.).
  - Los motivos, afectos y sentimientos.
4. La **salud mental** se puede definir sobre la base de **3 parámetros que deben estar en constante cooperación e interrelación**:
  - a) *Habilidad para adaptarse a las demandas externas y/o internas.*
  - b) Que debe estar *contrabalanceada por las tendencias de autoactualización* (búsqueda constante de novedades y renovación).
  - c) *Sentimientos de autonomía funcional y de autodeterminación* ("vivir es tomar decisiones").

## 7. MODELOS Y REALIDAD CLÍNICA

La realidad clínica no se ajusta bien a los modelos que la respaldan (Ej: aplicación de la terapia de la conducta).

- El enorme **distanciamiento entre la teoría y la práctica** se debe a lo que Lazarus definía como **eclecticismo técnico** ("*si bien un científico no debe ser un ecléctico, un clínico no debe permitirse no ser ecléctico*").
- Un acercamiento crítico a esta problemática podría ser una **aproximación multidisciplinar** en lo que concierne a los problemas psicopatológicos.

**Willerman y Cohen**: "Cada modelo teórico de la psicopatología en realidad es un conjunto de enunciados que explican algunos pero no todos los aspectos de la anormalidad". **Simil del cilindro**: *ningún modelo particular de la psicopatología captura todas las formas de la conducta anormal.*

Tal vez, la **aproximación multidisciplinar sea más bien metodológica que epistemológica**:

- En la actualidad, tanto los psicopatólogos conductuales como los cognitivos, emplean el sistema categorial vigente de clasificación y diagnóstico de la APA (fruto principalmente del modelo médico).
- El problema surge cuando se trata de hacer una aproximación multidisciplinar epistemológica de sistemas teóricos irreconciliables: incompatibilidad entre los dos principales modelos de la psicopatología.
- Si la **"revolución cognitiva"** consiste en introducir el uso de variables intervinientes teóricas tales como el pensamiento, más que un cambio de paradigma, en realidad es un **retorno al conductismo metodológico** (Tolman).



---

## CAPITULO 2: CONCEPTOS Y MODELOS EN PSICOPATOLOGÍA

---

- Un psicólogo cognitivista puede ser conductista o mentalista, dependiendo del estatus de los términos "intencionales" (que sean trasladados en términos conductuales o no):
  - Conductista: conductismo de corte cognitivo.
  - Mentalista: psicología cognitiva centrada en la conciencia.
- Existe actualmente una importante evidencia científica en psicopatología que, podría englobarse en el modelo cognitivo. Sin embargo, una de las principales dificultades para asumir que este modelo de psicopatología, tiene un estatus científico claramente diferenciado del conductual, es el gran **solapamiento conceptual entre ambos modelos: entre los conceptos de cognición y condicionamiento.**
  - Muchas de las teorías psicopatológicas que se han propuesto como cognitivas, son igualmente conductuales.
  - Existe **interrelación entre los procesos conductuales y cognitivos** (el condicionamiento genera cogniciones que, a su vez, afectan al curso del condicionamiento).
  - El **condicionamiento pavloviano** (neocondicionamiento) **se entiende actualmente en términos de procesamiento de la información** (modelo SOP de **Wagner**: estímulos como unidades de información).
  - **Ni el condicionamiento se limita a lo involuntario, inconsciente y automático, ni lo cognitivo, a lo controlado, voluntario y consciente.**

**Rapee:** Los términos cognitivo y condicionado han sido utilizados durante muchos años con un sentido político. Si abandonamos las inclinaciones políticas respecto al condicionamiento vs cognición, y utilizamos orientaciones (E-E) más contemporáneas, **ciertos fenómenos psicopatológicos, pueden comenzar a ser comprendidos desde la perspectiva del condicionamiento.**