

## **T.2. CONCEPTOS Y MODELOS EN PSICOPATOLOGÍA**

### **I. INTRODUCCIÓN: PRECISIONES CONCEPTUALES**

Desde una perspectiva hegeliana de conocimiento y praxis científica, se pueden establecer tres niveles de trabajo y análisis:

**1. Nivel teórico**

Comprende toda la actividad intelectual. Se compone de conceptos (p.ej. criterios y modelos) y de medios.

**2. Nivel experimental**

Se caracteriza por la ejecución de todos los proyectos formulados en el nivel teórico.

La finalidad de ambos niveles es obtener conocimientos que puedan ser verificables/contrastables y crear medios de trabajo nuevos.

**3. Nivel técnico**

Conlleva la realización de ideas generadas en los niveles precedentes.  
Finalidad: conseguir los cambios implícitos en esas ideas.

❖ En este capítulo vamos a observar la Psicopatología desde un nivel TEÓRICO.

#### **¿Qué es un criterio?**

Es una norma o conjunto de normas que guían el conocimiento (delimita el objeto de conocimiento y guía su explicación y comprensión).

Elegir uno implica excluir otros.

#### **¿Qué es un modelo?**

Es una forma global de ordenar o conceptualizar el área de estudio. Es una orientación para explicar la conducta anormal, llevar a cabo la investigación e interpretar los hallazgos experimentales... Refleja una posición básica para conceptualizar problemas.

Es un concepto más amplio que el de teoría.

Tres acepciones:

- 1.** Como un modo concreto de concebir el propio status quo de la psicopatología.
- 2.** Como analogía.
- 3.** Como paradigma.

#### **¿Por qué conviven en psicopatología tantas perspectivas y modelos distintos?**

Por indeterminación conceptual:

- No hay criterios compartidos → Disparidad de opiniones (des/ventajas)
- Cada escuela surge como reacción a otra
- Representan intentos de solución a los problemas constitutivos de la misma Psicopatología.
- Representan intentos de solución de problemas nuevos.
- ¡¡La relatividad sociocultural de su objeto de conocimiento.

→ la diversidad en modelos y criterios responde al hecho de que no hay “verdad objetiva” que estudiar.

## **II. CONCEPTOS Y CRITERIOS EN PSICOPATOLOGÍA**

### **a) EL CRITERIO ESTADÍSTICO**

Postulado central: supuesto de frecuencias y el supuesto de continuidad. Es decir, lo psicopatológico:

- Es infrecuente.
- Supone una diferencia cuantitativa (de grado o dimensional)

Otras características:

- Las diferencias entre lo normal y lo patológico son de naturaleza cuantitativa, de grado.
- Usan prefijos como *hiper*, *hipo*, *a* para hablar de conductas o actividades anormales.
- El término anormalidad es sinónimo de psicopatológico.

## **b) LOS CRITERIOS SOCIALES E INTERPERSONALES**

P.ej. Sullivan: criterio consensual:

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.

Lo psicopatológico es una construcción social (¡¡solo existe en las mentes que lo postulan).

P.ej. Criterio de adaptación:

Adaptación a los modos de comportamiento esperables, habituales y considerados correctos por el grupo social al que una persona pertenece.

Se encuentra en la base del criterio legal de normalidad mental vs psicopatología.

¡¡Suponer que la adaptación es sinónimo de salud mental es erróneo.

## **c) LOS CRITERIOS SUBJETIVOS, INTRAPSÍQUICOS O PERSONALES**

Es el propio individuo el que dictamina sobre su estado o situación

Una variante es el **criterio alguedónico** de Schneider: hace referencia al sufrimiento personal, propio o ajeno, como elemento definitorio de la presencia de una psicopatología.

¡¡ A veces la persona no es consciente de sus problemas (p.ej. demencias, estados psicóticos y algunos estados disociativos) y, por otro lado, no todas las personas que manifiestan quejas tienen una psicopatología.

Así, puede ser apropiado para delimitar un trastorno de ansiedad, pero inadecuado para el diagnóstico de un cuadro de esquizofrenia.

¡¡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 alguedónico).

¡¡Ninguno de los dos criterios permite distinguir entre psicopatologías y reacciones normales de adaptación al estrés.

## **d) LOS CRITERIOS BIOLÓGICOS**

Son criterios de naturaleza **no** psicológica.

La idea: Las psicopatologías son expresión de alteraciones y/o disfunciones en el modo normal de funcionamiento, bien de la estructura, bien del proceso biológico que las sustenta, causadas por agentes externos (dis-), por carencia de elementos constituyentes (a-) o por ruptura del equilibrio normal de estructuras, elementos o procesos (hiper-, hipo-)

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

¡¡ con el reduccionismo. Lo biológico y lo psicológico no son incompatibles, sino complementarios y necesarios para la comprensión de las psicopatologías.

La tendencia actual es postular un modelo biopsicosocial

#### e) CRITERIOS DE ANORMALIDAD: ALGUNAS CONCLUSIONES

- Ningún criterio por sí mismo es suficiente.
- Ningún comportamiento, sentimiento o actividad mental son por sí mismos patológicos.
- La psicopatología representa un obstáculo para el desarrollo individual de la persona que la mantiene o para su grupo cercano.
- Las psicopatologías impiden lograr sus niveles óptimos de desarrollo social, afectivo, intelectual, y/o físico.
- La salud de la enfermedad difieren sólo en cuestión de grado. Es más correcto adoptar criterios dimensionales que categorial o discontinuos.
- La presencia de psicopatologías no conlleva necesariamente ausencia de salud mental. P.ej, las psicopatologías de la vida cotidiana.
- La salud no es solo ausencia de enfermedad. Es un estado que permite el desarrollo físico, intelectual, y afectivo de la persona.

### III. 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.

Existen tres grandes orientaciones teóricas:

- Biomédica
- Conductual
- Cognitiva

### IV. EL MODELO BIOLÓGICO (biomédico, médico, fisiológico, neurofisiológico o neurociencia)

La idea: el trastorno mental es una enfermedad, como cualquier otra enfermedad física. Las alteraciones psicopatológicas se producen porque existen anomalías biológicas subyacentes (genéticas, bioquímicas, neurológicas...)

El tratamiento: la corrección de las anomalías orgánicas.

Figuras e hitos importantes: Hipócrates, Kraepelin..., la  $\Omega$  con la sífilis, los avances farmacológicos a partir de los años 50.

#### **A. BASES BIOLÓGICAS DE LA CONDUCTA ANORMAL**

La alteración del cerebro (estructural o funcional) es la causa primaria de la enfermedad mental. Las alteraciones pueden ser:

- a) Anatómicas: tamaño o forma de regiones cerebrales.
- b) Bioquímicas: alteración de elementos bioquímicos por exceso o defecto.

Y son consecuencia de factores genéticos, metabólicos, infecciosos, alérgicos, tumorales, cardiovasculares, traumáticos, estrés...

**Buss:** según las causas del trastorno pueden distinguirse tres tipos de enfermedad:

1. Enfermedad **infecciosa**: un microorganismo (virus) ataca a un órgano o sistema (gripe, hepatitis).
2. Enfermedad **traumática**: fractura o condición producida por ingestión de una sustancia tóxica.
3. Enfermedad **sistémica**: diabetes.

A partir de los años 50, se enfatiza el interés por aplicar el **modelo sistémico** de enfermedad a la conducta anormal. Reforzado por el descubrimiento de sustancias neurotransmisoras y fármacos psicoactivos.

La anormalidad como problema **bioquímico** constituyó el más prometedor de los modelos biomédicos de la enfermedad mental.

Ej. de trastornos mentales orgánicos (tienen causas físicas claras):

- Corea de Huntington: pérdida de neuronas en los ganglios basales.
- Enfermedad de Alzheimer

**(vs)** Trastornos mentales funcionales (patrones de conducta anormales sin claros indicios de alteraciones orgánicas cerebrales. Aunque los biólogos dirán que incluso estas tienen disfunciones orgánicas, p.ej: alteraciones en los neurotransmisores):

- Trastornos de ansiedad: - GABA.
- Esquizofrenia: ++ dopaminérgica.
- Depresión: - serotonina y catecolaminas.

**Otros:**

- La predisposición genética vista a través de la frecuencia con que ocurren los trastornos mentales entre parientes biológicos:  
Bases genéticas de la depresión, esquizofrenia, Alzheimer.
- Predisposición-estrés (modelo de diátesis-estrés):  
Vulnerabilidad orgánica a agentes externos (patógenos); interacción.

## **B. POSTULADOS DEL MODELO BIOLÓGICO**

El modelo médico se ha desarrollado básicamente en el campo de la medicina (psiquiatría), fundamentado en los siguientes conceptos centrales:

### **1. Signo.**

Indicador objetivo de un proceso orgánico anómalo (p.ej. fiebre)

### **2. Síntoma.**

- Indicador subjetivo de un proceso orgánico y/o funcional (p.ej. sensación de tener fiebre).
- Es la unidad mínima descriptible en psicopatología.
- Se pueden clasificar en:
  - Síntomas **primarios**: orientan hacia un diagnóstico determinado.
  - Síntomas **secundarios**: 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.
- Patrón recurrente de s y s.

### **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.
- No agota el nivel explicativo del trastorno mental.

### **5. Discontinuidad entre lo normal y anormal:**

- El trastorno mental se clasifica y diagnostica en base a criterios **categoriales**. Cada categoría clínica se diferencia **cualitativamente** de los demás trastornos mentales, así como de lo normal clínico. Ej. de Sistemas de clasificación categorial: el DSM y la CIE

- Contrasta con una concepción **dimensional** de la psicopatología (los modelos psicológicos), donde la diferencia entre lo normal y lo anormal es **cuantitativa, de grado** (no discontinuidad)

### **C. EVALUACIÓN DEL MODELO BIOLÓGICO**

Actualmente este modelo goza de considerable prestigio en psicología clínica: las investigaciones sobre las bases biológicas de la conducta anormal son abundantes, y los nuevos fármacos son relevantes instrumentos de investigación sobre las causas biológicas de los trastornos.

#### Virtudes:

- Nos recuerda que los problemas ps. pueden tener causas biológicas.
- Gracias a las técnicas biomédicas la investigación sobre los aspectos neurofisiológicos de la conducta anormal progresa rápidamente.
- Significativas aportaciones en el tratamiento de muchos trastornos mentales.

#### Problemas y limitaciones:

1. Es demasiado reduccionista.
  - Intenta explicar toda la conducta humana en términos biológicos, que todo problema psicológico puede ser tratado mediante técnicas biológicas.
  - La vida mental es una interacción de múltiples factores. Mejor un modelo biopsicosocial.
2. Validez explicativa de sus teorías: incompletas y poco concluyentes.
  - Muchos estudios se realizan con animales o con drogas inducidas.
  - Los estudios genealógicos y genéticos están abiertos a sucesivas interpretaciones en función de los avances de la neurociencia.
3. Tiende a considerar al individuo como un ser pasivo, el médico es el activo.
4. Muchos trastornos no tienen causa orgánica.
5. El etiquetado diagnóstico también tiene contrapartidas.

### **V. EL MODELO CONDUCTUAL**

A principios de los 60, el modelo conductual aparece como nuevo paradigma de la Psicología clínica, gracias al auge de la Ps. del aprendizaje y como alternativa al modelo médico (insuficiente).

El modelo conductual también ha recibido críticas internas, especialmente, por la rigidez del esquema E-R.

### **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).

#### **1. Debilidad de la t<sup>a</sup> biomédica**

Uno de los mayores errores de la psiquiatría fue trasplantar el modelo médico de la enfermedad física al campo de los trastornos mentales.

Según **Yates**, los psiquiatras desconocen hechos psicológicos elementales.

#### Problemas asociados:

- El modelo biomédico fue incapaz de establecer cómo las alteraciones fisiológicas inducen los síntomas psíquicos o comportamentales.

- Este modelo hipotetiza la existencia de anormalidades fisiológicas que no han sido demostradas (Willerman y Cohen)
- **Szasz:**
  - o en los casos en que exista alteración orgánica del SNC, debería denominarse enfermedad neurológica, y no mental, ya que la mente es una abstracción y no puede enfermar.
  - o Las enfermedades mentales reflejan desviaciones comportamentales de las normas sociales, éticas y legales.
- Hay muchos trastornos psicológicos en los que los factores ambientales parecen tener más peso etiológico que los factores biológicos (P. ej. neuróticos vs esquizofrenia)
  - o En la historia no hay evidencia de alteración orgánica.

ij Del modelo médico surgieron orientaciones más psicológicas (P. ej. psicoanálisis), pero, en última instancia, siguieron manteniendo la estructura básica del modelo médico.

La t<sup>a</sup> psicoanalítica no logro cambiar los problemas de este modelo.

## 2. Problemas asociados al diagnóstico médico:

- El encasillamiento de los pacientes (Yates).
  - o La etiquetación del paciente posee efectos negativos sobre el propio individuo.
  - o **Szasz:** la utilidad es más bien de tipo sociopolítica que terapéutica.
- Baja fiabilidad, la baja validez y la escasa utilidad del diagnóstico psiquiátrico.

Actualmente:

- no se sostiene la idea de que el diagnóstico categorial sea por sí mismo negativo.
- los sistemas actuales de diagnóstico categorial (sobre todo, a partir del DSM-III-R) son bastante fiables y válidos, y su utilidad psicopatológica ha sido suficientemente demostrada.

## 3. Problemas relacionados con el tratamiento

De muy escasa utilidad excepto con los trastornos con fuerte base fisiológica como la esquizofrenia o los trastornos maníaco-depresivos.

Por otro lado, el proceso ha sido el inverso al que toda teoría científica exige. Así, establecen la teoría partiendo de los supuestos buenos resultados del tratamiento.

P.ej. como los neurolepticos (inhiben la actividad dopaminérgica) se muestran eficaces en algunos casos de esquizofrenia, proponen la t<sup>a</sup> de la hiperactividad dopaminérgica de la esquizofrenia.

## B. DESARROLLO Y PRINCIPIOS DE LA PERSPECTIVA CONDUCTUAL

La constitución del modelo conductual de la psicopatología sobre la conducta anormal corrió paralelo al desarrollo de la modificación de conducta.

### La base del modelo conductual:

Se encuentra en el desarrollo y aplicación de los **principios del aprendizaje:**

- Watson: Condicionamiento de respuestas emocionales.
- Thorndike: Conductas instrumentales, la 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, Bechterev). Su influencia se plasmó a través de **Watson** en dos conceptos fundamentales:

- Metodológico: objetivismo (ni estructuralismo ni funcionalismo)
- Teórico: condicionamiento como eje central de la conducta.

Primeras formulaciones sobre la teoría conductual de la conducta anormal: Wolpe, Eysenck y Jones.

Se centraron en la explicación de la conducta neurótica (=hábitos desadaptativos adquiridos mediante procesos de aprendizaje) aportando evidencia experimental

Esto ocurría en Europa.

En EEUU predominó el condicionamiento operante por el enorme influjo de **Skinner**, centrado en conductas neuróticas y psicóticas.

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

(vs) otros enfoques más flexibles (**conductismo metodológico**) como el de Mowrer y Eysenck.

### **Características de la perspectiva conductual comunes a ambos enfoques:**

1. **Objetividad.**  
El modelo conductual se centra en la objetividad y la experimentación, en relaciones causales entre los fenómenos ambientales y la conducta. En contraste con el médico que lo hace en la 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 asumen la existencia de causas subyacentes. El concepto médico de enfermedad no es aplicable a los trastornos del comportamiento.
4. **Aproximación dimensional.**  
Al rechazar el concepto de enfermedad, rechaza la conceptualización categorial de los trastornos psicológicos. La diferencia entre la conducta normal y la anormal es cuantitativa, no cualitativa. Alternativa: "diagnóstico funcional de la conducta".
5. **Relevancia de factores ambientales.**  
La causa de los trastornos comportamentales obedece a 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 y se ha demostrado la eficacia de la terapia conductual. Explicación parsimoniosa.

### **C. CRITICA A LA PERSPECTIVA CONDUCTUAL**

Sobre todo a las posiciones más extremas (más a los conductistas que a los conductuales).

1. La asunción de que solamente los factores ambientales son responsables de la conducta anormal.  
Esto se oponía p.ej. a los datos empíricos de que ciertos trastornos presentaba cierto grado de transmisión hereditaria. (Sí son reconocidos por Eysenck)
2. Papel de las variables intermedias:

Deja fuera de estudio aspectos como el pensamiento o la experiencia subjetiva. Y los sucesos poseen efectos diferenciales en función de cómo se perciban, evalúen, procesen o recuerden.

¡¡La conducta humana es lo bastante compleja como para poder explicarla solo en función de estímulos y respuestas.

3. La práctica de la modificación de conducta no suele aplicar lo que la teoría predica:  
P.ej. se rechazan los factores internos, pero en la práctica muchos aluden a ellos.

La 1<sup>a</sup> gran crítica (1965) dentro del propio modelo vino de **Breger y McGaugh**:

- Apelaban a la necesidad de una teoría que explique la conducta compleja con factores internos (cognitivos) no reducibles a E-R.
- Proponen como alternativa la teoría de estrategia central para la neurosis. Es de orientación cognitiva y su valor principal está en mostrar las limitaciones del modelo conductual.

## D) DIRECCIONES ACTUALES

Actualmente:

1. Conviven varias orientaciones conductuales. Las tres más importantes:

1. La mediacional: clásica o clásica/operante (P.ej. Eysenck y Mowrer)
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** (Bandura) ha sido, a veces, conceptualizada como intermedia o **integradora** entre las tres orientaciones por considerar tanto respuestas observables como procesos cognitivos.

2. El marco teórico y metodológico actual del modelo conductual, al menos en el condicionamiento clásico, es el del neocondicionamiento: menos rígido, más complejo y más funcional.

- La tendencia dominante actual es el reconocimiento creciente de la **relevancia de los procesos cognitivos**.
- El condicionamiento es **flexible y funcional**: se ha ido modificando en dirección a la psicología cognitiva. Mas que centrarse en asociaciones de contigüidad entre estímulo enfatiza relaciones de información.
  - o Tolman: lo que se aprende son estrategias cognitivas.
  - o Pavlov: postuló el **segundo sistema de señales** para referirse al condicionamiento semántico (condicionamiento sin contacto directo con el estímulo incondicional; paradigma E – E)

3. En el momento presente el modelo conductual atraviesa un estado de expansión cognitivista: neocondicionamiento.

- **Rachman**: el neocondicionamiento 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 (E-E).

4. Los cambios (el acercamiento a lo cognitivo) no implican un cambio de paradigma: el neocondicionamiento incluye conceptos mediacionales cognitivos y privados.

El peligro que se puede correr es salirse de la vía metodológica original del objetivismo

## VI. EL MODELO COGNITIVO



## A. ANTECEDENTES HISTÓRICOS

Autores como Wundt, James, Ebbinghaus, Donders, Barlett... manifestaron interés preferente por la cognición y sus procesos.

Desde los años 20 hasta los 50, la psicología científica marginó el estudio de la mente (percibir, atender, memorizar, recordar, pensar...).

En la década de los cincuenta, con el abandono relativo del **positivismo**, muchos psicólogos comenzaron a considerar seriamente la posibilidad de que sus observaciones no fueran tan objetivas, sino que estaban bajo la influencia de aspectos tan imprecisos como sus propias intenciones, motivaciones, deseos e, incluso, teorías implícitas sobre qué era digno ser observado y qué no.

### Hitos más importantes:

- Artículo de **Turing** (1937): números computables y su propuesta de una máquina computadora universal.
- **McCulloch y Pitts** (1943): aplicación del cálculo lógico al estudio de la actividad nerviosa superior.
- Shannon y Weber: contribuciones a la teoría de la comunicación y de la información.
- Von Bertalanffy: desarrollo de la teoría general de sistemas.
- **Newel y Simon** (1956): Programa de ordenador que simulaba operaciones similares a las que podía realizar una persona cuando pensaba: era posible estudiar los procesos mentales (internos) a través de un simulador exterior.
- Frente a la analogía del comportamiento animal, defendida por el conductismo, se desarrolla la analogía funcional del ordenador, que iba a ser esgrimida como garantía de cientificidad por el **procesamiento de la información (PI)**, el cual a su vez iba a erigirse como el movimiento o paradigma más visible de la nueva psicología cognitiva.
- El desarrollo de la moderna psicolingüística, sobre todo a partir de la obra de **Chomsky**: gramática transformacional.
- En 1960 **Miller, Galanter y Pribram** : publicaron "Plans and the structure of Behavior", manifiesto fundacional de la Psicología cognitiva y especialmente del PI.

Desarrollan la **analogía mente - ordenador** que incluye conceptos mentalistas como: planes, metas, estructuras... El cerebro es, ante todo, un dispositivo capaz de tratar con información.

¡¡La traducción de esta analogía es de por sí complicada, pero todavía más en Psicopatología (la importancia de las diferencias individuales).

### Otras influencias:

- La Ps. de la Gestalt
  - o Los procesos mentales intervienen entre los estímulos y las respuestas.
  - o Influyeron decisivamente, no sólo en la percepción de los objetos en el mundo físico, sino en la percepción de los objetos sociales.
    - P.ej. en ps. sociales como Lewin, Heider o Festinger.
- La Ps. de la Personalidad.
  - o P.ej. Los constructos personales de Kelly (años 50) con los que las personas categorizamos el mundo, interpretamos los eventos y elaboramos predicciones, están en la base de la actual consideración de los rasgos de personalidad como categorías cognitivas.

## B. DESARROLLOS POSTERIORES

La actual psicología cognitiva va más allá del PI. Así:

- La denominada **cognición social (psicología social cognitiva)**.

Psicólogos sociales como **Lewin, Heider y Festinger** enfatizaban la importancia de la percepción consciente y de su evaluación. Aludían a **conceptos mentalistas** como expectativa, nivel de aspiración, balance, consistencia, atribución causal o disonancia cognitiva.

Teorías como la de la indefensión aprendida de Abramson o las de Beck son deudoras de estos psicólogos sociales.

- **Teorías cognitivas sobre la emoción:** 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 necesariamente previa a la elicitación de la emoción.
- La importancia de la **psicología de la personalidad**.

### C. CONCEPTOS BÁSICOS

Idea: El hombre es un ser que 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.

Metodología:

- Recurre a la metodología de la **psicología experimental** para hacer inferencias sobre el comportamiento cognitivo, partiendo de datos comportamentales, informes introspectivos, registros psicofisiológicos.
- También a metodologías más *blandas*: las de la **psicología social y la psicología de la personalidad**.

Conceptos más frecuentes:

#### 1. Limitaciones de la capacidad de procesamiento

El cerebro es sistema de capacidad limitada. Las características de las personas así como las de la tarea (o situación a resolver) determinarán la cantidad de esfuerzo necesario.

#### 2. Procesamiento selectivo

Nuestra mente tiene capacidad limitada, por ello seleccionamos ciertos estímulos, situaciones o tareas, e ignoramos otras que podrían perturbar/compartir con las seleccionadas. Esto es **atención selectiva**.

Dicho lo anterior, la mente es capaz de registrar y elaborar mucha más información de la que podría esperarse.

#### 3. Etapas del procesamiento.

¿En qué subprocesos puede descomponerse un proceso complejo? ¿cómo se organizan?

Distintos modelos procesuales:

- Los modelos más sencillos: los subprocesos son fases o etapas de procesamiento independientes entre sí, lineales y secuenciales.  
Una vez acabada una etapa, comienza la siguiente y, cada etapa recibe información de la anterior. Cada una de las etapas recibirá información de la anterior, realizará ciertas transformaciones sobre ello y dará lugar a un output, que será recogido por la subsiguiente etapa.
- A partir de los 70, surgieron dos modelos complementarios: los modelos de metodología aditiva y los basados en la sustracción.

Tanto unos como otros son actualmente considerados como demasiado simples como para dar cuenta del procesador humano.

Actualmente, se plantea el sistema cognitivo como un conjunto de **módulos de procesamiento** (im/permeables), cada uno de los cuales está dedicado a realizar un tipo especial de transformaciones.

#### 4. Procesamiento en paralelo

Antes se mantenía un modelo serial de procesamiento. Dicho modelo puede seguir siendo válido para muchas tareas (p.ej. contar), pero no para otras.

En muchos casos la solución de un problema se ha de alcanzar de un modo más globalizado, en el sentido de que se analicen varios aspectos a la vez, esto es, simultáneamente o en paralelo. Esta es la visión más aceptada actualmente sobre el funcionamiento de nuestra mente.

Este procesamiento implica tener en cuenta al menos tres características básicas del procesamiento humano de la información:

- La presencia de un procesamiento paralelo contingente.
- La existencia de jerarquías o estructuras de control.
- La puesta en marcha de procesos y estrategias automáticas vs controladas.

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

Las operaciones que se realizan en diferentes etapas de procesamiento están bajo la influencia **cualitativa** (y no solo cuantitativa: metodología sustractiva y la de factores aditivos) de los resultados que se están produciendo en otras etapas anteriores o previas. Puesto que la actividad cognitiva no consiste en una respuesta simplemente pasiva a un input, parece más oportuno pensar que también se producirá un efecto de **feedback** entre las últimas etapas y las primeras, pudiendo reorganizarse las primeras.

La mente y el cerebro humanos funcionan con ciertos **bucles y circuitos**, gracias a los cuales la información sigue un flujo continuo entre todas las etapas y en ambas direcciones:

- Los modelos que intentan desvelar cómo se produce el flujo desde **los niveles inferiores hasta los superiores** suelen denominarse modelos de **abajo arriba o bottom-up**.
- Los dedicados a analizar el flujo desde los niveles **superiores hasta los inferiores** reciben el nombre de modelos de **arriba - abajo o top-down**.

Estos modelos se ven obligados a postular la existencia de representaciones mentales de orden superior o **esquemas** (Bartlett; 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:

- 1º. Identificar el módulo más apropiado para alojar la información mediante un análisis inicial de tipo bottom-up.

2º. Análisis posterior de tipo top-down por parte del módulo que decidirá cómo debe organizarse e interpretarse la información.

Así, la comprensión e integración final del input está en gran medida predeterminada por estructuras de conocimiento ya existentes.

Sobre el papel de los esquemas:

- 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 existirán diferencias individuales respecto a su naturaleza y accesibilidad. P.ej:
  - o Los ansiosos acceden a esquemas de amenaza.
  - o Los deprimidos acceden a esquemas “tristes”.

### 6. Jerarquías de control

Las actividades cognitivas parecen estar guiada por “estructuras de control”. Esto es, están organizadas de un **modo jerárquico** y en el vértice de la jerarquía estaría situada la estructura que controlaría todo el proceso de organización (para algunos: la conciencia).

Las estructuras superiores dictaminan y las inferiores ejecutan.

Este es un planteamiento de niveles, no se habla de secuencialidad ni de linealidad, sino de control jerárquico.

### 7. Procesos automáticos versus procesos controlados

Procesos automáticos	Procesos controlados
<p><b>a)</b> Son <b>rígid</b>os.</p> <p><b>b)</b> Implican secuencias <b>fijas</b> de operaciones mentales.</p> <p><b>c)</b> Se activan ante una configuración <b>específica</b> del mundo <b>estimular</b>.</p> <p><b>d)</b> <b>No</b> requieren <b>atención</b> o esfuerzo consciente. No consumen recursos atencionales.</p> <p><b>e)</b> Una vez que han sido activados funcionan por sí solos</p> <p><b>f)</b> Pueden actuar <b>simultáneamente</b> a otros procesos (en paralelo).</p> <p><b>g)</b> Se producen gracias a la existencia de <b>redes asociativas</b> ya establecidas (aprendidas o determinadas genéticamente).</p>	<p><b>a)</b> Son <b>flexibles</b>.</p> <p><b>b)</b> Implican secuencias <b>momentáneas</b> de operaciones mentales.</p> <p><b>c)</b> Se activan de <b>forma consciente</b> / intencionada.</p> <p><b>d)</b> Requieren <b>atención consciente</b>. Consumen recursos.</p> <p><b>e)</b> Su funcionamiento, una vez puesto en marcha, requiere del <b>control del sujeto</b>.</p> <p><b>f)</b> <b>No</b> pueden actuar <b>varios</b> a la vez (a no ser que uno de ellos sea muy sencillo o lento).</p> <p><b>g)</b> <b>No</b> dependen de <b>redes asociativas</b> previas, por lo que facilitan la adaptación a otros ambientes</p>

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

La actividad humana y las experiencias subjetivas están mediadas por:

- El tipo de información al que se accede, por la capacidad para elaborar la información y los modos en que se utiliza.
- Por la eficacia de las distintas etapas del procesamiento de la información.
- Por las restricciones que imponen los esquemas disponibles.
  - o Los esquemas ejercen, además, un control arriba-abajo sobre la percepción, la comprensión, la memoria y el resto de operaciones mentales.

Así, mentalmente nos “alimentamos” de lo que nos dejan los esquemas, los procesos, las estructuras de control...

Como psicopatólogos nos interesa saber, no sólo como funciona la mente, sino cuáles son sus contenidos y si se da alguna relación entre el cómo y el qué.

La psicología cognitiva actual, y por tanto la psicopatología, tienen también importantes raíces en los ámbitos de la **Ps. social** y la **Ps. de la personalidad**.

Así, mientras desde el PI se estudian tanto los procesos mentales como sus estructuras y operaciones, la **Ps. Social cognitiva** investiga contenidos mentales (atribuciones, actitudes, expectativas, valores...) accesibles o no accesibles a la conciencia y que modulan y dan sentido al comportamiento.

Por otra parte, la **Ps. de la Personalidad**, con su énfasis en el estudio de la identidad personal, la autoconciencia o el sí mismo, resulta imprescindible para la Psicopatología.

Con todo ello, nos estamos alejando de la metáfora hombre-ordenador.

#### **D. LA PSICOPATOLOGÍA COGNITIVA: PLANTEAMIENTO CONCEPTUAL**

La influencia de los planteamientos cognitivos sobre la psicopatología ha sido enorme y ha permitido la recuperación de temas (alucinaciones, delirios, conciencia, amnesias...) dándoles un tratamiento metodológico diferente, que se fundamenta en los supuestos experimentales de la psicología cognitiva.

En un primer momento, el objetivo básico de la psicopatología 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 y por sí mismas.

El **énfasis** se sitúa en el concepto de **experiencia anómala** (equivalente a **disfunción o psicopatología**) y no tanto en el de conducta anómala.

Esta perspectiva critica las concepciones reflejas, automáticas y predeterminadas de los modelos conductistas, biomédico o psicodinámico.

El SNC es un sistema que procesa información. P.ej. incluso la respuesta de orientación (RO) implica cognición (es 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 que darán significado a la señal.

**A nivel metodológico**, utiliza las técnicas y modos propios de la psicología cognitiva (experimental, social y de la personalidad). En este sentido, la psicopatología se configura como un área de investigación básica cuyo **objetivo** es:

1. Estudiar primero cómo funcionan los procesos cognitivos anómalos, o las anomalías que se producen en los procesos de conocimiento de las personas.
2. Cuáles son los contenidos de esos procesos anómalos, que información manejan.

**Los principales postulados del modelo cognitivo en el contexto de la psicopatología son:**

1. El objetivo de estudio son las experiencias, sentimientos y/o actividades, mentales o comportamentales, que resultan:
  - a) Inusuales o anómalas.
  - b) Disfuncionales o dañinas.
  - c) Inadaptadas y fuera de control personal.
  - d) Que provocan interferencias o deterioro en el desarrollo personal, en el comportamiento, y en las relaciones sociales.
2. Lo anterior, se conceptúa en términos dimensionales. Lo que implica ver:
  - a) en qué grado se presenta y ver su estabilidad.
  - b) qué variables median en su incremento y atenuación.
  - c) en qué grado difieren de la normalidad.
3. Las diferencias entre lo normal y lo psicopatológico son cuantitativas. Pero, diferencias de grado conllevan diferencias cualitativas en el procesamiento de la información y en la forma de experimentar la realidad.

ijLas experiencias anómales o inusuales no deben considerarse necesariamente mórbidas.
4. El objetivo preferente de la investigación psicopatológica es el estudio del funcionamiento de los procesos de conocimiento anómalos, que además de los típicamente considerados por la psicología experimental: atención, percepción, memoria, pensamiento.. incluyen las emociones, motivos, afectos y sentimientos.
5. La investigación puede realizarse en situaciones naturales o artificiales; con datos subjetivos y objetivos; interesa tanto el cómo se elabora la información (forma) como el qué se elabora (contenido).
6. La salud mental se puede definir sobre la base de tres parámetros inseparables e interrelacionados:
  - Habilidad para adaptarse a las demandas externas y/o internas.
  - Tendencias de autoactualización: búsqueda de novedades y cambios que supongan retos.
  - Sentimientos de autonomía funcional y de autodeterminación.

No existe un modelo cognitivo único de psicopatología.  
Hoy es el modelo dominante.

## **VII. MODELOS Y REALIDAD CLÍNICA**

La gran cantidad de modelos en psicopatología han servido para crear más confusión que una idea coherente de lo que es la Psicopatología.

### Problemas que surgen ante cualquier planteamiento teórico:

1. La realidad clínica no se ajusta bien a los modelos que la respaldan.

P.ej. la aplicación de la terapia de la conducta. Eclecticismo y ajuste de la t<sup>a</sup> a la práctica clínica y no al revés.

Este distanciamiento entre la teoría y la práctica se debe a lo que Lazarus definía como eclecticismo técnico.

2. En la actualidad se habla de orientaciones conductuales (más o menos radicales) y cognitivas como paradigmas diferenciales, pero muchos autores asumen que toda terapia de conducta es simultáneamente conductual y cognitiva.

Un acercamiento crítico a esta problemática podría ser una **aproximación multidisciplinar** en lo que concierne a los problemas psicopatológicos: ningún modelo particular de la psicopatología captura todas las formas de la conducta anormal.

P.ej. en la actualidad, tanto los psicopatólogos conductuales como los cognitivos, emplean el sistema categorial vigente de clasificación y diagnóstico de la APA.

El problema surge cuando se trata de hacer una aproximación multidisciplinar epistemológica de sistemas teóricos irreconciliables.

Desde el punto de vista psicológico, se ha hablado de incompatibilidad entre los modelos cognitivo y conductual. Pero esto no está tan claro en Psicopatología.

La revolución cognitiva no sería tanto un cambio de paradigma como una reconsideración metodológica dentro de la psicología conductual actual.

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 de Tolman**.

Así, un psicólogo cognitivista puede ser conductista o mentalista dependiendo del estatus de los términos **intencionales**.

3. Muchas de las teorías psicopatológicas que se han propuesto como cognitivas, son igualmente conductuales y al revés. P.ej:

- La exposición induce cambios mediado por mecanismo del procesamiento de la información.
- El condicionamiento generan cogniciones que a su vez afectan al curso del condicionamiento.
- El condicionamiento pavloviano se entiende actualmente en términos de procesamiento de la información E-E (neocondicionamiento)
- A veces se han separado lo cognitivo y lo conductual sobre la base de otros conceptos como consciente vs no consciente, automático vs controlado, involuntario vs voluntario, pero estas deferencias han resultado inútiles. Ni el condicionamiento se limita a lo automático, involuntario, inconsciente ni lo cognitivo se limita a lo controlado, consciente, voluntario y controlado.
- Rappe: Los términos cognitivo y condicionado han sido utilizados durante muchos años con un sentido político.