

Contenido

1. CONTEXTUALIZACIÓN, OBJETIVOS Y ESQUEMA GENERAL	1	4.2. Enfoques de calasificación dimensional.....	20
2. CONCEPTOS BÁSICOS: CRITERIOS, MODELOS Y SISTEMAS DE CLASIFICACIÓN DE LA PSICOPATOLOGÍA	2	5. RESUMEN Y COMENTARIOS FINALES	31
3. CRITERIOS Y MODELOS DE LA PSICOPATOLOGÍA	4	REFERENCIAS	34
3.1. Introducción histórico-conceptual	7	GLOSARIO DE TÉRMINOS/CONCEPTOS CLAVE.....	37
3.2. Criterios sobre la conducta anormal.....	9	LECTURAS RECOMENDADAS.....	37
3.3. Modelos teóricos de la psicopatología		WEBGRAFÍA RECOMENDADA	38
4. CLASIFICACIÓN EN PSICOPATOLOGÍA	13	PELÍCULAS COMERCIALES RECOMENDADAS	38
4.1. Enfoques de clasificación categorial: sistemas DSM y CIE	15	ANEXO 1.1. Síntomas y rasgos desadaptativos organizados según espectros.	39
		EJERCICIOS DE AUTOEVALUACIÓN	40

Siglas utilizadas en el capítulo

CIE = clasificación internacional de las enfermedades
DCS = D-cicloserina
DSM = diagnostic and statistical manual of mental disorders
EC = estímulo condicionado
EI = estímulo incondicionado
HiTOP = hierarchical taxonomy of psychopathology
NMDA = N-metil-D-aspartato

OMS = Organización Mundial de la Salud
RDoC = research domain criteria
TCC = terapia cognitivo-conductual
TCC-T = terapia cognitivo-conductual transdiagnóstica
TEPT = trastorno de estrés postraumático



En la imagen se representa a **Philippe Pinel** (1745-1426) ordenando, en 1795, la retirada de las cadenas a los enfermos mentales recluidos en La Salpêtrière. Pinel fue un médico francés que se dedicó al estudio y tratamiento de las enfermedades mentales. En 1793 fue nombrado médico de La Bicêtre, un manicomio de París para hombres. Allí inició su revolucionario tratamiento moral, quitando las cadenas a los pacientes y reemplazando los calabozos por habitaciones iluminadas; ordenó tratar a los pacientes aplicando la razón y la amabilidad, y utilizó los campos del hospital para que los pacientes realizaran actividad física. Una vez liberados, los pacientes no solo no se volvieron más violentos, sino que lograron mejoras en su mente y comportamiento. En 1795 fue nombrado director médico de La Salpêtrière, manicomio de París para mujeres. En este hospital llevó a

cabo las mismas reformas que previamente había aplicado en La Bicêtre. Es considerado el fundador de la psiquiatría moderna por sus importantes aportaciones en la concepción, clasificación y tratamiento de las enfermedades mentales (definió la psiquiatría como una rama de la medicina). Pinel enfatizó que siempre hay algo de razón en los pacientes con enfermedades mentales que posibilita establecer una alianza terapéutica con ellos, así como también la influencia de los factores familiares y psicosociales. Estableció la primera taxonomía psiquiátrica moderna de los trastornos mentales, y propuso el denominado «tratamiento moral» de los pacientes mentales consistente en un tratamiento humanizado, sin maltrato ni coerciones, siendo precursor de la terapia ocupacional. (Pintura de Tony Robert-Fleury).



Conceptos, modelos y clasificación de los trastornos mentales

Bonifacio Sandín, Paloma Chorot y Rosa M. Valiente

1. CONTEXTUALIZACIÓN, OBJETIVOS Y ESQUEMA GENERAL

En este primer capítulo se clarifican diversos aspectos básicos de la psicopatología, incluyendo los conceptos sobre los criterios de anormalidad, algunos de los modelos teóricos más relevantes, y el establecimiento y significado de los principales sistemas de clasificación de la conducta anormal (véase la **Figura 1.1**). Antes de que la psicopatología alcanzase el status científico que posee en el momento presente, a través de la historia se han venido construyendo diversas concepciones sobre la conducta anormal. Muchos de los criterios actuales sobre anormalidad, y muchas de las formulaciones causales presentes en los modelos etiológicos sobre la conducta anormal, derivan de puntos de vista y formulaciones antiguas procedentes de campos científicos, épocas y lugares diferentes.

Un criterio es una norma que determina los hechos o datos que servirán para la comprensión y explicación de una ciencia. Los criterios, por tanto, determinan el contenido y estructura de las teorías y los modelos de la psicopatología. Los términos teoría y modelo posiblemente indican conceptos diferentes, pero frecuentemente se han venido utilizando de forma intercambiable en la literatura científica, en particular, en la psicopatológica, aunque en el presente contexto utilizaremos el modelo como un enfoque teórico más amplio que la teoría.

En el momento actual, la ausencia de criterios ampliamente compartidos sobre el objeto de la psicopa-

tología, sobre el significado de lo «psicopatológico», así como la convivencia de diversas perspectivas y modelos distintos, supone asumir que los diferentes modelos o escuelas no representan soluciones aisladas sino dimensiones o aspectos de un mismo fenómeno (Belloch et al., 2020b).

Una vez establecido el objeto de la psicopatología aplicando los criterios de anormalidad, y estableciendo el marco teórico a través de los modelos teóricos aceptados, es necesario ordenar los contenidos de conocimiento sobre la disciplina en cuestión mediante algún sistema de clasificación válido científicamente. Un sistema de clasificación de la conducta anormal basado en criterios empíricos es absolutamente necesario para el progreso de la psicopatología, la psiquiatría y en general de la psicología clínica, entendidas éstas como disciplinas científicas (Sandín, 2013). De hecho, existe bastante consenso sobre la utilidad y necesidad de los sistemas de clasificación en la ciencia, puesto que un primer paso en toda disciplina es el descubrimiento de algún orden en los elementos objeto de estudio. En el campo de la psicopatología, la clasificación es un paso necesario para poder establecer los posibles sistemas de diagnóstico aplicables a las diferentes alteraciones psicológicas.

Por tanto, los contenidos de este capítulo se van a centrar en estos pilares básicos. Tras un rápido recorrido histórico, nos referiremos a los criterios y modelos de la psicopatología. Ambos fenómenos están estrechamente relacionados, ya que el modelo teórico depende de los criterios que se apliquen para definir lo que es

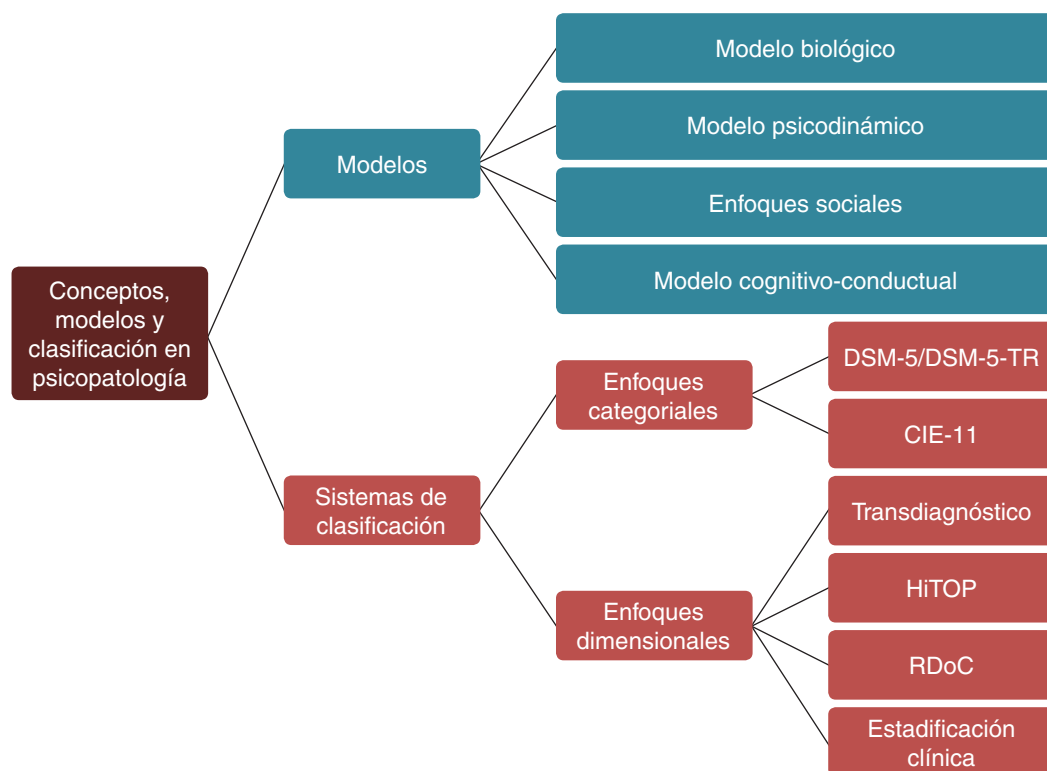


Figura 1.1. Esquema general: criterios, modelos y sistemas de diagnóstico en psicopatología.

normal y lo que es anormal. Por tanto, en este capítulo se conceptualizará la psicopatología a través de los diferentes modelos teóricos. Aunque son múltiples y variados los modelos teóricos que se han venido proponiendo en este sentido, considerando su relevancia en esta disciplina nos referiremos únicamente a algunos de ellos, incluyendo el modelo biológico o biomédico, el modelo psicodinámico, el enfoque social, y el modelo conductual (o cognitivo-conductual). Posteriormente haremos alusión a los sistemas de clasificación y diagnóstico. Los modelos y los sistemas de clasificación y diagnóstico también están estrechamente relacionados y constituyen un aspecto fundamental en la construcción de la psicopatología, proporcionando la base para la evaluación clínica y el tratamiento. Aunque existen múltiples sistemas de clasificación y diagnóstico, nos centraremos preferentemente en algunos de ellos, especialmente en el sistema de la American Psychiatric Association (i.e., el *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*; DSM) y en algunas innovaciones recientes basadas en sistemas dimensionales. Un esquema general sobre el contenido del capítulo puede verse en la **Figura 1.1**.

2. CONCEPTOS BÁSICOS: CRITERIOS, MODELOS Y SISTEMAS DE CLASIFICACIÓN DE LA PSICOPATOLOGÍA

Algunos de los conceptos básicos de este capítulo giran en torno a los conceptos de criterios, modelo y sistemas de clasificación en psicopatología. Un **criterio** sobre la conducta anormal es una norma, regla o propiedad que delimita el objeto de conocimiento de una ciencia y determina los hechos o datos que servirán para su comprensión y explicación. Los criterios para definir lo que es normal o anormal pueden ser de distinto tipo, según se basen en factores biológicos (p.ej., alteración de un mecanismo neurotransmisor), sociales (p.ej., la desviación respecto a una norma social), subjetivos (p.ej., la alteración del estado de ánimo experimentado por el individuo), o estadísticos (p.ej., la desviación respecto a la normalidad estadística de la población –i.e., un comportamiento poco frecuente). Las teorías y los modelos se elaboran haciendo más énfasis en unos u otros criterios. Para una descripción más amplia sobre los conceptos tratados en este epígrafe, véase Belloch et al. (2020b).

Una **teoría** puede ser definida como un conjunto de proposiciones que describen procesos o estructuras

de relación que se supone explican leyes observadas e hipótesis confirmadas (Maher, 1974). El concepto de **modelo** generalmente se ha definido en términos analógicos, es decir, un modelo es formulado en base a una analogía entre el objeto o sistema descrito en el modelo y algún objeto o sistema diferente. Al relacionar ambos conceptos, se han sugerido algunos aspectos diferenciales, como que el modelo puede entenderse como una «microteoría», o que el modelo es lo que nos permite examinar empíricamente la teoría; pero también aspectos comunes, como por ejemplo que los modelos y las teorías son difíciles de distinguir empíricamente. Por otra parte, si diferenciamos entre modelos teóricos y metodológicos, los primeros equivaldrían a teorías y los segundos a procedimientos (p.ej., un análogo experimental). En un análogo experimental se establecen analogías entre variables; por ejemplo, a nivel de sujeto, puede establecerse una analogía entre un animal de laboratorio y un individuo con esquizofrenia. El modelo teórico está más cerca de lo que se entiende como enfoque o perspectiva y pretende comprender la conducta anormal y/o psicopatológica. Así por ejemplo, una teoría como la teoría de la incubación de la ansiedad puede enmarcarse en el enfoque o modelo teórico cognitivo-conductual de la psicopatología, este último mucho más amplio que la primera.

Aplicado a la psicopatología, un modelo teórico se ha definido como una forma global de conceptualizar un área de estudio. Representa una orientación para explicar la conducta anormal, llevar a cabo la investigación e interpretar los hallazgos. Una teoría tiende a ser una explicación más específica de un fenómeno más particular; establece un conjunto particular de proposiciones o afirmaciones que pueden ser probadas. Un modelo, por el contrario, es una orientación más amplia, que refleja una posición básica para conceptualizar problemas (Kazdin, 1983). Lo que se aborda bajo la denominación de «modelo», e independientemente de que asumamos y empleemos otras concepciones del término en otros niveles del quehacer científico, es un determinado modo general de entender cuál es el objeto de una ciencia, su definición y método de estudio. Utilizado como herramienta metodológica, el modelo puede hacer alusión, por ejemplo, a modelos animales, modelos de condicionamiento, modelos experimentales, etc.

Muy relacionado con los conceptos de teoría y modelo teórico es el concepto de **paradigma**. Aunque se han dado diferentes definiciones del término paradigma, sin duda el más aceptado es el formulado por Kuhn (1962), según el cual paradigma es un conjunto de presupuestos que suministran el marco de referencia en que trabajan los científicos (son compartidos por los miembros de una comunidad científica). Un cambio de paradigma se produce cuando hay un cambio manifiesto en los presupuestos básicos; por ejemplo,

porque se observan aspectos que no pueden ser explicados por el paradigma aceptado universalmente en el que ha avanzado la ciencia hasta ese momento. Un cambio de paradigma se produce en la psicopatología, por ejemplo, cuando en la explicación de las fobias se pasa del modelo psicoanalítico basado en mecanismos sexuales inconscientes (i.e., un modelo psicoanalítico) a un modelo basado en el condicionamiento clásico (i.e., un modelo conductual). Como señaló este autor, la sustitución de un paradigma científico no se produce únicamente por la denuncia de sus insuficiencias e inadecuaciones, sino sobre todo por la aparición de una nueva teoría alternativa y claramente superior.

La **clasificación** es un procedimiento para construir grupos o formar categorías o dimensiones, así como también para asignar «entidades» (trastornos, personas, etc.) a estas categorías o dimensiones en base a sus relaciones o atributos compartidos. En el campo clínico, una clasificación se denomina *nosológica* cuando se clasifican fenómenos patológicos (p.ej., trastornos psicológicos). El acto de asignar entidades a sus correctas categorías se denomina «identificación». En el contexto clínico, cuando las entidades comprenden patrones de atributos clínicos, o bien pacientes que manifiestan dichos patrones, la identificación se denomina *diagnóstico*.

3. CRITERIOS Y MODELOS DE LA PSICOPATOLOGÍA

3.1. Introducción histórico-conceptual

Antes de que la psicopatología alcanzase el status científico que posee en el momento presente, a través de la historia se han venido construyendo diversas concepciones sobre la conducta anormal. Muchos de los criterios actuales sobre anormalidad y muchas de las formulaciones causales presentes en los modelos etiológicos sobre la conducta anormal, derivan de puntos de vista y formulaciones antiguas procedentes de diferentes campos científicos, épocas y lugares. Podemos decir que la psicopatología y la psiquiatría, como disciplinas afines, no se incorporaron al campo general de la medicina hasta épocas recientes. Con anterioridad, las enfermedades mentales se consideraban terreno de la filosofía y más lejanamente en el tiempo, desde la época primitiva a la Edad Media, fundamentalmente eran competencia de las religiones. La **tradición sobrenatural** dominó durante las épocas primitivas de la historia de la humanidad. El supuesto básico general del modelo sobrenatural o extranatural consistía en la creencia de que la conducta anormal tiene como causa la presencia de *espíritus malignos* en el cuerpo del sujeto. Esta idea, que según se desprende de los datos históricos

y antropológicos debió prevalecer durante la antigüedad, aún permanece actualmente en algunas culturas. Se supone actualmente que la *trepanación* fue un método común practicado durante las épocas primitivas para facilitar la salida de los espíritus malignos.

En el *periodo greco-romano*, el desarrollo de los conocimientos biológicos, inicialmente sobre todo a partir de los médicos griegos y romanos, constituye una de las raíces más importantes de la psicopatología. Con respecto a esta disciplina significó una aportación histórica de gran relevancia pues, al considerar que la enfermedad mental estaba producida por la existencia de una patología cerebral, se indicó por primera vez una *causación natural* (basada biológicamente.) Este hecho fue muy importante para el posterior desarrollo de la psicopatología, ya que la enfermedad mental comenzó a considerarse algo natural, recomendándose, en consecuencia, estrategias terapéuticas igualmente naturales (tranquilidad, reposo, sobriedad, etc.).

Suele considerarse a *Hipócrates* (460-377 a.C.) como el padre de la medicina occidental (es común la práctica del juramento hipocrático en medicina) y «padre de la medicina moderna». Es uno de los primeros y máximos representantes de la orientación racional y biologicista. Las formulaciones hipocráticas sobre la enfermedad mental se consideran aún revolucionarias. Consideró el cerebro como el órgano principal de la vida intelectual, de ahí que si la conducta de una persona estaba desadaptada, pensaba que debía obedecer a algún tipo de patología cerebral. Por tanto, entendía que las enfermedades mentales tenían causas naturales y requerían un tratamiento natural.

Durante la *Edad Media* vuelve a renacer el modelo extranatural; incluso se aplica con más virulencia que durante épocas más antiguas. Uno de los libros más famosos de la época, el *Malleus maleficarum* [*El martillo de las brujas*], indica que si un médico no encontraba una razón para la enfermedad mental, y si las drogas no la «adivinaban», claramente había que concluir que la causa era el demonio. El tratamiento era recomendado a los sacerdotes y, aunque al principio gozó de cierta sencillez (exorcismos, oraciones, etc.), fue evolucionando hacia un progresivo endurecimiento (caza de brujas, torturas y ejecuciones públicas). El gran deterioro social, cultural y económico que se produjo en la Edad Media pudo provocar las frecuentes y curiosas conductas, asociadas a este periodo histórico, como los trastornos mentales de grupo (manías de danza), la licantrópía (el enfermo mental cree haberse convertido en lobo) y los fenómenos de posesión animal. Estas epidemias de comportamiento anormal llegaron a su máxima expresión durante los siglos XV y XVI, periodo en el que predominó la opresión, el hambre y la peste.

Una vez superado el oscurantismo medieval, durante el *Renacimiento*, y sobre todo posteriormente, la

conducta anormal fue considerándose como un fenómeno natural, en oposición al argumento sobrenatural. Las hipótesis demonológicas van perdiendo fuerza, defendiéndose que las causas de las enfermedades mentales eran de origen natural, a la vez que se propuso un trato más humano para estos enfermos. Una figura destacada como Johann Weyer (1515-1588), llevó a cabo una descripción clínica de un amplio rango de alteraciones mentales manifestadas por mujeres acusadas de brujería, como la psicosis tóxica, la epilepsia, la histeria y la depresión.

En lo que concierne al *siglo XVIII* podríamos destacar tres líneas de investigación relacionadas con la psicopatología: la frenología, la medicina fisiológica y el mesmerismo (Belloch et al., 2020a). Con relación a la *frenología*, la figura más importante fue el médico Franz Gall (1758-1828), el cual estableció que las facultades mentales eran innatas y dependían de las estructuras del cerebro. El planteamiento general de Gall se puede desglosar en tres ideas básicas: (1) cada una de las áreas cerebrales está asociada con una facultad o función, (2) cuanto más desarrollada se encuentre una zona determinada mayor peso tendrá en el comportamiento, y (3) el patrón de desarrollo de cada una de las facultades se refleja en las protuberancias o depresiones craneanas. La *medicina fisiológica* tuvo su auge en el siglo XVI-II a través de figuras como Robert Whytt (1714-1766), William Cullen (1710-1790), y Brown (1735-1788). La aportación de Whytt y Cullen a la psicopatología consistió en elevar al sistema nervioso a la primera categoría, dentro de la fisiología, la patología y la nosología. Whytt planteó que la mayor parte de las enfermedades dependen del sistema nervioso. Cullen agrandó el campo de las enfermedades nerviosas, que hasta entonces había sido acotado por Willis para la histeria y la hipocondría, ya que, según él todas las enfermedades eran, en cierta medida, nerviosas, apareciendo el concepto de neurosis en su obra por primera vez. Brown estudió los conceptos de irritabilidad y sensibilidad y afirmó que la diferencia entre la enfermedad y la salud es simplemente una cuestión de grado, siendo la enfermedad una desviación por exceso o por defecto de la intensidad propia de la salud. Finalmente, con respecto al *mesmerismo*, es destacable su contribución a la psicología más como método terapéutico que como teoría. Mesmer (1734-1815) irrumpió en la escena de la medicina aportando una teoría sobre la enfermedad mental y un método curativo basados en la distribución de un fluido físico (el magnetismo animal), y por tanto alejado de las interpretaciones religiosas y más cercano a los requerimientos de la era ilustrada de la época.

Durante la *primera mitad del siglo XIX* se produce el desarrollo de las teorías anatomopatológicas de las enfermedades mentales y la reforma humanitaria, asociado fundamentalmente a la escuela francesa. Phi-

lippe Pinel (1745-1826), siguiendo las ideas de la Revolución Francesa llevó a cabo una reforma humanitaria, como continuación del movimiento humanitario del siglo XVI. En algunos casos la orientación humanitaria estuvo más cercana a un modelo psicológico que al imperante modelo médico. Así, por ejemplo, Pinel sugirió que los enfermos mentales «supuestamente» habían perdido la razón, no por la existencia de alguna enfermedad cerebral, sino porque habían padecido graves problemas personales y sociales. El movimiento humanitario de Pinel reformó drásticamente las terapias aplicadas a los pacientes mentales. En lugar de los métodos médicos estableció la denominada *terapia moral*, consistente básicamente en liberar a los enfermos de las cadenas, discutir con ellos sobre sus dificultades, aconsejarles y facilitarles actividades útiles.

Durante la *segunda mitad del siglo XIX* se produce el primer acercamiento entre la psicopatología y la psicología. El reconocimiento sistemático y organizado de la influencia de los factores psicológicos sobre la conducta anormal es mucho más reciente que respecto a la influencia de los factores biológicos. No obstante, a partir de esta época se va haciendo patente la influencia de los avances científicos de la psicología sobre la construcción de la psicopatología, sobre todo a partir de la influencia del estructuralismo (representada por Wundt, 1832-1920) y la psicología del acto (representada por Brentano, 1838-1917). La influencia de Wundt (fundador de la psicología) se refleja sobre todo a través de una «psicología del contenido» (contenidos de la conciencia), mientras que la de Brentano se refiere más a los conceptos mentales como fenómenos intencionales (es una orientación más subjetiva y base de la fenomenología) (véase Santed y Olmedo, 2003).

Durante esta *segunda mitad del siglo XIX y principios del siglo XX* se produce desde la psiquiatría un desarrollo sin precedentes sobre el enfoque organicista de la conducta anormal y sobre los primeros intentos de clasificación de los trastornos mentales. Basta con citar, a este respecto, figuras tan relevantes como Benedict Morel (1809-1873), Wilhelm Griesinger (1817-1868), Karl Kahlbaum (1828-1899), Emil Kraepelin (1856-1926), Eugen Bleuler (1857-1939), y Adolf Meyer (1866-1950). Morel sugirió la idea de que las enfermedades mentales consituían la expresión de una degeneración de origen genético, que variaba desde las neurosis a las psicosis, pudiendo desembocar en la deficiencia mental; este autor introdujo el término de «demencia precoz» (*démence précoce*) para referirse a la actual esquizofrenia. Griesinger desarrolló la hipótesis hipocrática de que «las enfermedades mentales son enfermedades del cerebro»; por tanto, representó de manera formal el modelo organicista de los trastornos mentales. Kahlbaum incorporó a la nosología psiquiátrica la evaluación del curso de la enfermedad; añadió

al criterio anatomopatológico el criterio clínico descriptivo. Kraepelin, discípulo de Griesinger y principal figura de la época, describió la esquizofrenia como una «demencia precoz» y aplicó los métodos de la psicología experimental al estudio de la conducta anormal; describió y clasificó los síndromes psicopatológicos sobre la base de una descripción precisa de los síntomas (base de las clasificaciones psiquiátricas actuales), el curso clínico y el pronóstico. Bleuler hace algunos cambios sobre la obra de Kraepelin, incluyendo el énfasis en los aspectos psicológicos (incorpora conceptos de la psicología dinámica), y la sustitución el término de demencia precoz por el actual de esquizofrenia. Finalmente, Meyer fue pionero en relacionar el estrés psicosocial con la enfermedad, siendo un claro precursor del actual modelo biopsicosocial y del enfoque psicosocial del estrés desarrollado a partir del grupo de T. Holmes (véase Sandín, 2008). Meyer consideró las enfermedades mentales como reacciones patológicas de la personalidad a los factores sociales, lo cual se refleja en la categorización que se estableció en la primera edición del DSM en 1952 sobre los trastornos mentales (p.ej., el manual incluía grupos de trastornos como las reacciones afectivas o las reacciones psicóticas).

A partir del *siglo XX* se produce un gran desarrollo de la psicopatología, tanto por las aportaciones que se producen desde el campo de la medicina, como, y especialmente, por el desarrollo de la psicología científica, sobre todo la psicología basada en el aprendizaje. Aunque los desarrollos de la psicopatología desde la vertiente médica estuvieron muy determinados por los avances de la psiquiatría experimental iniciados por Kraepelin, surgen nuevos enfoques de corte más psicológico, tales como el enfoque psicoanalítico (psicología dinámica) iniciado por Sigmund Freud (1856-1939), y la perspectiva fenomenológica desarrollada por Karl Jaspers (1883-1969). El primero desarrolló un modelo psicopatológico basado en la dinámica de mecanismos inconscientes del individuo, el cual no sólo influyó en la psicopatología propiamente dicha (tanto en Europa como en Estados Unidos), especialmente en relación con los trastornos emocionales, sino también en otras disciplinas como la psiquiatría y las ciencias sociales en general. En una línea de desarrollo paralela, la obra de Jaspers tuvo cierta repercusión sobre la psicopatología en Europa, aunque debido a su orientación metodológica su repercusión a sino limitada. Este autor aplicó el método fenomenológico (propio de las ciencias del espíritu) a la psicopatología, confrontándolo con el método explicativo característico de la psicopatología explicativa y descriptiva (p.ej., descripción de los síntomas); este método se basa en comprender el fenómeno psíquico en lugar de centrarse en su explicación.

Durante este siglo se produce un gran desarrollo de la psicopatología como disciplina científica merced a

los avances de diferentes corrientes de la psicología, aparte de la psicología dinámica y la escuela fenomenológica, entre las que destacan la reflexología soviética (Sechenov, y Pavlov), la psicología de la Gestalt (Wertheimer [1880-1943], Koffka [1886-1941], y Köhler [1987-1967]), y el conductismo (Watson, Skinner, y Eysenck). A pesar de que Ivan Sechenov (1829-1905) fue el primero en afirmar que sólo los métodos de la fisiología pueden resultar eficaces para elucidar los problemas psicológicos, la mayor parte de los autores coinciden en destacar la obra del fisiólogo ruso Iván Pavlov (1849-1936), sobre los reflejos condicionados, como la primera conceptualización que la psicopatología asume utilizando un paradigma experimental. Esta línea fue continuada por John Watson (1878-1978) aplicando este enfoque al ámbito del condicionamiento humano, el cual desarrolló la primera teoría sobre las fobias basada en los principios del condicionamiento pavloviano (o condicionamiento clásico). Dentro del marco teórico de la psicología del aprendizaje, Frederic Skinner (1904-1990) proporcionó nuevos principios a partir del aprendizaje operante (o aprendizaje instrumental), aunque estos principios se han aplicado más a la terapia que a la psicopatología propiamente dicha. Finalmente, desde el ámbito de la psicología de la personalidad destaca sobre todo la figura de Hans Eysenck (1916-1997); las dimensiones de personalidad por él descritas (neuroticismo, extraversión y psicoticismo) siguen estando vigentes en el momento actual y su papel explicativo de los fenómenos psicopatológicos es innegable.

3.2. Criterios sobre la conducta anormal

El psicólogo David L. Rosenhan llevó a cabo un experimento en 1973, enviando varios investigadores (colaboradores en el experimento) a diversos hospitales psiquiátricos de Estados Unidos fingiendo que eran pacientes con trastornos mentales. Se pretendía que los investigadores fingieran síntomas psicopatológicos para así ser admitidos como pacientes en los hospitales psiquiátricos. No obstante, tras ingresar en los pabellones psiquiátricos deberían comportarse de forma normal. La mayor parte de los investigadores fueron diagnosticados de esquizofrenia, y nadie del hospital detectó que se trataba de personas normales. Gran parte de las conductas normales que estas personas llevaron a cabo en el hospital fueron interpretadas por los sanitarios del hospital como conductas anormales asociadas al diagnóstico prescrito.

Los principales criterios que suelen utilizarse para diferenciar entre la conducta normal y la conducta anormal son (a) el criterio *biológico* (o criterio médico); de-

fine la anormalidad por la existencia de una patología biológica); (b) el criterio *estadístico*; define la conducta anormal en términos estadísticos (i.e., por ser algo poco frecuente; p.ej., hipo- o hiperactividad); (c) el criterio *social* o interpersonal; entiende la conducta anormal sobre la base de normas sociales; según este criterio la conducta anormal es aquello que la sociedad estima como tal (i.e., se define en el contexto social), es decir, cuando se violan las normas sociales (no las normas legales); y (d) el criterio *subjetivo* o intrapsíquico; aquí el propio individuo determina lo que es patológico, pudiendo expresarlo mediante quejas o manifestaciones verbales o comportamentales indicativas de su sufrimiento o malestar psicológico. Puede apreciarse que el primero de estos criterios es de naturaleza etiológica (i.e., debe existir una patología orgánica), el segundo se basa en un procedimiento metodológico (estadístico), el tercero obedece a una imposición social (lógicamente, esta puede presentar ciertas variaciones en función de la cultura de que se trate), y el último se basa en la percepción de los propios síntomas. Por otra parte, entre el biológico y el social existe cierto paralelismo que se traduce en cierta confluencia con el estadístico, es decir, la baja frecuencia. Tal heterogeneidad justifica que su adecuación puede variar en función del trastorno de que se trate y, por otra parte, que sea necesario utilizar más de un criterio (i.e., un criterio por sí mismo no suele ser suficiente para diferenciar entre la conducta normal y la anormal). Para una descripción más amplia sobre estos criterios, véase Belloch et al. (2020b).

Como puede apreciarse, los criterios de anormalidad pueden ser heterogéneos, y referirse a cosas di-

Tabla 1.1. Criterios de anormalidad en psicopatología

Criterios teóricos (genéricos)
▶ Médico-biológico (criterio de enfermedad)
▶ Estadístico (criterio de frecuencia estadística)
▶ Social (criterio de normatividad social)
▶ Intrapsíquico (subjetivo)
Criterios específicos
▶ Aflicción personal
▶ Interferencia (familiar, social, laboral)
▶ Daño hacia sí mismo o hacia los demás
▶ Reacciones emocionales inapropiadas
▶ Ausencia de conciencia de enfermedad (ausencia de insight)
▶ Pobre contacto con la realidad
▶ Rigidez cognitiva
▶ Irracionalidad de la conducta
▶ Tendencias incapacitantes del comportamiento
▶ Ineficiencia respecto a los roles cotidianos
▶ Relaciones interpersonales negativas
▶ Conductas extrañas (no aceptadas socialmente)

ferentes. Las decisiones sobre la determinación de la conducta anormal no sólo están establecidas por criterios formales, sino también por criterios de contenido. Dicho en otros términos: ¿Qué fenómenos psicológicos deben estar presentes para etiquetar algo como psicopatológico? ¿Cuáles son los contenidos del comportamiento o de la mente que, al ser excesivos o deficitarios, posibilitan definir la conducta anormal? ¿Qué características deben tener? Una primera respuesta a estas preguntas podría indicar que cualquier tipo de conducta o mecanismo podría servir como elemento de referencia. Así por ejemplo, podría ser un estado del ánimo, un estado de ansiedad, una experiencia perceptiva, o un comportamiento social. Se han enfatizado, no obstante, ciertos aspectos psicológicos relevantes para determinar la salud mental del individuo, algunos de los cuales se describen en la **Tabla 1.1**. En la tabla establecemos una distinción entre los criterios teóricos y diversos criterios específicos que han venido siendo sugeridos por su relevancia en la psicopatología.

3.3. Modelos teóricos de la psicopatología

Como indicamos atrás, los modelos constituyen orientaciones generales para explicar la conducta anormal; el modelo representa una posición teórica básica para conceptualizar determinados problemas, y contrasta con el concepto de teoría que es algo más específico. Belloch et al. (2020b) refirieron la existencia de al menos 8 modelos relevantes para la psicopatología (de enfermedad, constitucional, psicodinámico, evolucionista, conductual, cognitivo, macro-social, y micro-social). El hecho de que existan tantos tipos de modelos teóricos es consistente con la heterogeneidad de los criterios que se han formulado sobre la conducta anormal. Da la impresión de que cada modelo ha pretendido formular su propia psicopatología, intentando minimizar a los demás mediante una especie de lucha de paradigmas. Sin embargo, a pesar de la proliferación de modelos, existe un elevado solapamiento y algunos de ellos no pueden plantearse como un sistema teórico original y propio sobre la conducta anormal. Así por ejemplo, el modelo psicodinámico difícilmente se aleja en cuanto a sus postulados básicos del modelo biomédico, ya que si bien asume que los procesos psicológicos (más que los biológicos) constituyen la causa fundamental de los problemas mentales, otras de sus dimensiones centrales (concepto de enfermedad, existencia de factores patológicos subyacentes, diagnóstico categorial, etc.) son equivalentes a los defendidos por la perspectiva biológica o médica tradicional (Belloch et al., 2020b). Para un análisis en profundidad sobre la diversidad de modelos de la psi-

copatología, incluidos los modelos emergentes (transdiagnóstico, HiTOP, RDoC, etc.), véase Fonseca-Pedreiro y Al-Halabí (2026).

Modelo biomédico

Para el modelo médico cualquier trastorno psicológico es una *enfermedad*. Al igual que la enfermedad física, el trastorno psicológico puede identificarse a través de un síndrome, siendo los síntomas las manifestaciones psicológicas alteradas, las cuales en último término reflejan la existencia de otros trastornos subyacentes o agentes causales. La etiología es preferentemente de tipo biológico (genética, bioquímica, neurológica, infecciosa, etc.), y el tratamiento debe basarse en la actuación sobre la causa (es decir, sería fundamentalmente también de tipo farmacológico). En concreto, desde este modelo se entiende que la causa de la conducta anormal radica en una enfermedad producida por una alteración estructural o funcional del cerebro. La asunción de una etiología orgánica como explicación última y exclusiva de las psicopatologías llevó a adoptar el término genérico de «enfermedad mental» para caracterizar estos trastornos. Este concepto proviene de la tradición psiquiátrica que, a su vez, se enmarca en el campo de la medicina, desde el que se produce un trasvase de conceptos y modos de actuación. En algunas clasificaciones psiquiátricas se ha mantenido la denominación de «trastornos mentales orgánicos» para referirse a trastornos de etiología física, diferenciados de los «trastornos mentales funcionales» (a trastornos sin indicios de alteración orgánica).

Partiendo de que el modelo médico de los trastornos psicológicos se ha desarrollado básicamente en el campo de la medicina (psiquiatría), se han señalado como elementos nucleares de este modelo los siguientes (Belloch et al., 2020b): (1) El *signo*; indicador objetivo de un proceso orgánico anómalo). (2) El *síntoma*; indicador subjetivo de un proceso orgánico y/o funcional). (3) El *síndrome*; conjunto de signos y síntomas que aparecen en forma de cuadro clínico. (4) Entiende la enfermedad mental como una entidad nosológica; cada trastorno mental constituye una entidad clínica (nosológica) discreta, con características clínicas (síntomatología) etiología, curso, pronóstico y tratamiento específicos. (5) Finalmente, defiende la discontinuidad entre lo normal y lo anormal y clasifica lo patológico en base a criterios categoriales (en contraste con las orientaciones dimensionales, más enraizadas en la tradición psicológica, donde la diferencia entre lo anormal y lo normal es sobre todo cuestión de grado).

A partir del modelo médico se han desarrollado las principales clasificaciones categoriales de los trastornos mentales, incluyendo las clasificaciones elaboradas por la American Psychiatric Association (sistema

DSM) y por la Organización Mundial de la Salud (sistema CIE).

El modelo biomédico presenta algunas *ventajas* como la objetividad y la operacionalidad, basarse en ciencias consolidadas (psiquiatría) o disponer de un gran bagaje de investigación empírica (biomédica). Además, los tratamientos biológicos (básicamente psicofarmacológicos) han proporcionado aportaciones significativas en la terapia de los trastornos mentales cuando otras estrategias de intervención han resultado ineficaces o bien como tratamientos complementarios a las intervenciones psicológicas. Pese a estas superioridades, el modelo posee igualmente importantes *problemas*. Destacamos los siguientes: (1) La conducta anormal no parece seguir la misma relación causa-efecto que ocurre en la enfermedad física (por ejemplo, en una enfermedad infecciosa), sino que depende de fenómenos más complejos (leyes de aprendizaje, procesos cognitivos, etc.). (2) Aunque las causas biológicas pueden ser necesarias y suficientes en algunos casos (p.ej., síndromes orgánico-cerebrales), éstos son más bien enfermedades neurológicas o genéticas que trastornos psicológicos en sentido estricto. (3) Definir la psiquiatría como una neurociencia aplicada revaloriza el cerebro, pero puede conducir a una disciplina despojada de la mente, la sociedad y la cultura (Sandín, 2013).

Modelo psicodinámico

Vimos previamente que el modelo médico asumía que los agentes causales de la enfermedad mental eran trastornos subyacentes a los síntomas. Es preciso señalar, no obstante, que al asumir este fenómeno es posible identificar dos tipos de criterios o modelos biomédicos, según que la alteración subyacente sea orgánica o psicológica. En el primer caso, se trata del modelo médico propiamente dicho, o modelo biomédico. Pero cuando no existe certeza de tal delimitación orgánica, se supone que los síntomas psicológicos están causados por otros trastornos psicológicos subyacentes y se habla de «trastorno funcional». Esta modalidad del modelo médico constituye la base de la perspectiva psicodinámica.

A pesar de las críticas, la teoría de Freud ha sido tan influyente que creó un nuevo marco de referencia para la conceptualización del ser humano, por lo que es imposible considerar la psicopatología sin tener en cuenta sus aportaciones. La importancia y popularidad alcanzadas por esta figura de la psiquiatría y su método, trascendió la psicoterapia y la psicopatología, extendiéndose al campo de las artes, las ciencias sociales y la filosofía.

El modelo psicodinámico se basa en una serie de supuestos sobre el desarrollo (fases oral, anal, fálica, latencia y genital) y la dinámica de la personalidad

(ello, yo y super-yo, ideas inconscientes e impulsos, mecanismos de defensa, etc.). El modelo, desarrollado principalmente por Freud y continuado por diversas escuelas psicoanalíticas, considera que los síntomas psicológicos (conducta anormal) están causados por conflictos intrapsíquicos inconscientes, otorgando un simbolismo peculiar a las diferentes manifestaciones sintomáticas y argumentando estrategias de tratamiento (psicoanálisis) centradas en la interpretación de dicho simbolismo. La importancia de este modelo viene apoyada por haber sido el primero en reconocer la relevancia de los factores psíquicos en la aparición y mantenimiento de los comportamientos patológicos. Sin embargo, se le critica que mantiene la misma estructura que el modelo médico al considerar que los síntomas son manifestaciones de un proceso subyacente, que confunde inferencia o interpretación con causalidad y su ausencia de interés en la comprobación experimental o en la contrastación empírica, además de enfatizar el carácter no científico que parece presentar esta perspectiva (Eysenck y Wilson, 1980).

Enfoques sociales

Los factores sociales y culturales, si bien han formado parte de teorías y enfoques diversos, siempre han ejercido cierta influencia sobre el desarrollo del conocimiento psicopatológico. Bien es cierto que por lo general, más que ofrecer modelos sólidos y estables sobre la conducta anormal (descripción y explicación de la misma), los enfoques socioculturales han consistido en conjuntos de críticas vertidas sobre los modelos reinantes (médico y conductual fundamentalmente) o en esfuerzos por enfatizar ciertos aspectos de la sociedad (estatus social, nivel económico, marginación, problemática laboral, desajustes familiares, etc.) en relación con los problemas psicológicos.

En términos generales, cuando se habla de perspectivas o enfoques sociales y culturales, nos encontramos, más que con modelos unitarios fundamentados teóricamente y empíricamente, con puntos de vista sociales sobre el papel de algún factor determinado como la clase social, la cultura, la raza, el estatus socioeconómico, el cambio y la desorganización social, etc. De esta forma, a través de investigaciones de diferente corte metodológico, se ha afirmado unas veces y se ha negado otras, la existencia de relaciones importantes entre dichos factores y las manifestaciones psicopatológicas. Por ejemplo, se ha defendido (1) una relación positiva entre esquizofrenia y nivel socioeconómico bajo, (2) que existe reacción diferencial al estrés según la cultura (predominantemente con depresión en las culturas occidentales y con manifestaciones somáticas en las orientales), (3) la existencia de manifestaciones psicopatológicas «propias» de ciertas culturas, (4) que los principales tras-

tornos psicopatológicos son universales, y (5) que los cambios sociales (migración, incremento rápido de la población, etc.) actúan como factores que predisponen a la conducta normal.

Gran parte del *movimiento antipsiquiátrico*, de moda durante los años sesenta, significó trasladar a la sociedad el problema de la conducta anormal del individuo, imponiendo duras críticas a la psiquiatría y al concepto mismo de enfermedad mental. Algunos autores, como por ejemplo Szasz (1961), consideraron que la enfermedad mental, más que depender de alguna alteración orgánica, depende de las normas sociales (desviación de la norma social, ética o legal), siendo el trastorno mental un simple rótulo social. Este movimiento, proveniente de la propia medicina, fue un simple revulsivo contra la deteriorada e inoperante asistencia psiquiátrica de la época. Tiene, por tanto, fundamentalmente un valor social, o «sociátrico», más que una relevancia psicopatológica o psiquiátrica propiamente dicha.

Una excepción importante dentro de la perspectiva social es la teoría centrada en la *etiquetación social* [*labeling theory*], elaborada fundamentalmente por Scheff (1966). El postulado básico de la teoría de Scheff consiste en que los síntomas de la enfermedad mental son violaciones de «normas sociales residuales», es decir, normas sociales para las cuales la sociedad no tiene una denominación precisa. Para muchos psicólogos la teoría de la etiquetación social fue la alternativa racional a un modelo médico no comprobado (Eron y Peterson, 1982). Una vez que una persona es etiquetada como neurótica, por ejemplo, tendemos a incluirla automáticamente en dicha categoría y esperamos que dicha persona se comporte como habitualmente lo hacen los neuróticos. Consecuentemente, tendemos a tratarla de la manera que consideremos sea la más adecuada para tratar a las personas que poseen dicha etiqueta. Aunque en algunos aspectos la teoría parece haber sido confirmada, aún está lejos de constituir un modelo alternativo firme y probado. En años posteriores, la teoría de etiquetación social de Scheff fue modificada por el grupo de la universidad de Columbia (Link et al., 1989), al manifestar que las etiquetas asociadas a los pacientes no inducen directamente el trastorno mental, si bien puede provocar resultados negativos. Estos autores consideran que el propio paciente bajo tratamiento psicológico o psiquiátrico desarrolla un conjunto de creencias falsas y se siente discriminado y amenazado en su interacción social con los demás, lo que le lleva a mantener el tratamiento en secreto. Dichas estrategias de secretismo y de huida se asocian a consecuencias negativas en sus redes de apoyo social, actividad laboral y autoestima, en la medida en que las redes de apoyo social del paciente se encuentran afectadas por el miedo al rechazo y por el afrontamiento que éste adopta para enfrentarse a su estatus de estigmatización social.

Aparte de estas orientaciones sociológicas y/o culturales, la relación entre lo social y la conducta anormal se ha abordado en términos más psicológicos (o psicosociales). En este sentido, la conocida como *perspectiva interpersonal* ha venido haciendo referencia al hecho de que los problemas psicológicos se originan en nuestras relaciones con otras personas; tal es, por ejemplo, la orientación teórica propuesta por Sullivan (1892-1949). En esta línea ha sido un tópico común el estudio de la interacción familiar, ya que la familia es la unidad básica de interacción social. Sobre esta cuestión, ha gozado de cierta simpatía la teoría sobre *emoción expresada* según la cual la interacción familiar inadecuada, al manifestarse en forma de comunicación negativa dirigida hacia el enfermo con sentimientos hostiles, provoca la precipitación o el agravamiento del trastorno mental (Hooley, 1985).

Antes de concluir con los enfoques sociales, al menos debemos señalar la relevancia que ha adquirido la *perspectiva comunitaria*, basada en el estudio de factores de riesgo psicopatológico (epidemiología) y de estrategias de prevención. Puede afirmarse que incluso en este campo se ha producido una auténtica revolución al considerar que, no solo los trastornos psicológicos, sino también la enfermedad física, están altamente determinados por procesos de estrés psicológico, como posible factor de riesgo (eventos psicosociales, formas de afrontamiento, apoyo social, etc.). Esta orientación, que según nuestra forma de entender experimenta una aplicación importante para la psicopatología, está en cierto modo representada por lo que se conoce como perspectiva o enfoque bio-psico-social.

Modelo cognitivo-conductual

El modelo conductual (conocido actualmente de forma común como modelo cognitivo-conductual) surge como un nuevo paradigma planteado en la década de los años 1960 en Europa y en Estados Unidos como reacción a las inconsistencias del modelo médico, tanto en sus aspectos epistemológicos y metodológicos como prácticos (rol del psicólogo clínico, problemas asociados al diagnóstico médico, etc.). Un serio problema asociado al modelo médico fue su incapacidad para establecer cómo las alteraciones fisiológicas pueden inducir síntomas psíquicos o comportamentales, llegando a hipotetizar la existencia de anormalidades fisiológicas que jamás habían sido demostradas (Willerman y Cohen, 1990). No obstante, algunos trastornos psicológicos, como por ejemplo la esquizofrenia, parecen estar fuertemente asociados a alteraciones neurofisiológicas. En casos de este tipo es posible que el modelo biomédico pueda resultar útil y relevante. Por el contrario, en otros trastornos psicológicos, como los denominados clásicamente como trastornos neuróticos (o trastornos

emocionales), el componente ambiental parece desempeñar un papel etiológico más relevante que el componente biológico.

El modelo conductual supuso un cambio de paradigma con respecto a las teorías y modelos dominantes en el momento, y además tenía mucho que aportar a la psicología y a la psicopatología. El *modelo conductual* se basa esencialmente en los *principios del aprendizaje*, por lo que la conducta anormal se trataría de hábitos desadaptativos adquiridos por el sujeto a través de la experiencia. Un aspecto esencial de este modelo es la asunción de que *existe continuidad entre la conducta normal y la anormal*, desestimando la hipótesis del modelo médico de que necesariamente existan anomalías orgánicas subyacentes. Tal idea fue claramente reflejada en su momento por Eysenck (1983, p. ix) al afirmar que «nuestro concepto de anormalidad no connota a personas que sufren enfermedades mentales producidas por «causas» definidas; connota más bien el funcionamiento defectuoso de ciertos sistemas psicológicos».

La postura inicial del modelo conductual (conductismo radical), centrando el objeto de estudio exclusivamente en la conducta observable, en parte se debió a una reacción contra el estructuralismo (centrado en el estudio de los contenidos de la conciencia) y contra la especulación del psicoanálisis. El modelo conductual, aunque inicialmente se estructuró sobre la base de las primeras formulaciones del aprendizaje clásico y operante, principalmente de la mano de Watson (p.ej., Watson y Rayner, 1920) y Skinner (1953), respectivamente, derivó posteriormente hacia posturas más flexibles. De esta manera, dentro del modelo conductual surgen diversos enfoques como: (1) el neoconductismo mediacional, básicamente potenciado por la escuela de Yale (p.ej., Mowrer, 1948); (2) el de aprendizaje social, desarrollado por Bandura (1969) que acentúa la importancia del aprendizaje observacional (aprendizaje vicario); y (3) el modelo cognitivo-conductual, fundamentalmente a partir del trabajo de Kanfer y Saslow (1965) sobre el «diagnóstico funcional» y el «análisis funcional» de la conducta, y de las aportaciones de Mahoney (1974) y Meichenbaum (1977) que introducen definitivamente las variables mediacionales o encubiertas (variables cognitivas) en el paradigma conductual; estas variables pueden incluso ser relevantes en el propio condicionamiento clásico pues, de acuerdo con el modelo informacional (Rescorla, 1988; Rescorla y Wagner, 1972), es más relevante el aprendizaje de «expectativas» que el de la asociación física entre los estímulos condicionado e incondicionado (Reiss, 1980; Belloch et al., 2020b).

El modelo conductual (o cognitivo-conductual) de anormalidad es sin duda alguna el que más ha contribuido a una orientación científica y unificadora de la psicopatología y de la terapia (terapia cognitivo-conductual), habiéndose fundamentado en la investiga-

ción básica (psicología del aprendizaje) para elaborar sus principios, a la vez que se ha sometido a contrastaciones empíricas sobre la eficacia de la terapia. La *corriente más actual* del modelo cognitivo-conductual ha sido definida como *neocondicionamiento* (véase Belloch et al., 2020b). En este sentido, Rachman (1991) ya enfatizó el papel que juegan las variables cognitivas, tales como las expectativas, la atención y la memoria, los procesos de reevaluación, y los procesos de pensamiento. Estos aspectos son susceptibles de ser condicionados a modo de condicionamiento de segundo orden (sin contacto directo con el estímulo). Desde este planteamiento, la simple contigüidad entre estímulo condicionado y estímulo incondicionado, o la conexión entre estímulo y respuesta, es insuficiente en esta teoría, pues la información desempeña un papel esencial ya que el condicionamiento implica aprender relaciones de información complejas entre los propios estímulos (relaciones E-E), como por ejemplo el condicionamiento de expectativas, aparte de las consabidas relaciones E-R (estímulo-respuesta).

La confluencia entre las perspectivas conductual y cognitiva, con la incorporación de principios cognitivos en el modelo conductual (modelo cognitivo-conductual), ha implicado más a las aportaciones de los *modelos basados en expectativas o creencias* que a las basadas en el procesamiento de la información, especialmente en lo que concierne a los modelos psicopatológicos de los trastornos de ansiedad (McNally, 2001). De acuerdo con este autor, el enfoque basado en la valoración [*appraisal approach*] implica un conjunto de procesos o conceptos que han guiado en gran medida la investigación sobre los trastornos de ansiedad, tales como el concepto de sensibilidad a la ansiedad o el de interpretaciones catastrofistas. En este trabajo, McNally pone de relieve el escaso fundamento de las críticas al modelo de creencias (críticas a su estatus científico) que han aparecido desde los modelos basados en el enfoque del procesamiento de la información (p.ej., MacLeod, 1993). McNally sugiere que esta orientación ha sido mucho más fructífera para la psicopatología y terapia de los trastornos de ansiedad que la orientación basada en el procesamiento de la información, la cual se ha centrado mayoritariamente en la medida de los tiempos de reacción en los pacientes. En último término, el artículo proporciona un importante apoyo a nuestra idea de que los modelos cognitivo-conductuales basados en creencias constituyen una perspectiva válida y de mayor proyección clínica que los modelos basados en el procesamiento de la información, al menos para una gran parte de los trastornos emocionales, especialmente los trastornos de ansiedad.

Este planteamiento cognitivo-conductual es consistente con la evolución de la terapia de conducta hacia la terapia cognitivo-conductual (TCC) (Rachman, 2015).