# III. LOS MODELOS EN PSICOPATOLOGÍA

Hemos visto en los apartados precedentes la diversidad de criterios o ≪creencias≫ acerca de lo que se considera anormal o psicopatológico. A veces, incluso, resultan difícilmente reconciliables entre sí.

Si bien los criterios no deben identificarse con los grandes sistemas o modelos sobre la conducta anormal, lo cierto es que las diferentes perspectivas teóricas sobre la conducta anormal se basan en tales criterios y, en principio, se diferencian entre sí según el mayor o menor énfasis que pongan en cada uno de ellos. No debe extrañarnos, por tanto, que las perspectivas o modelos en psicopatología sean también múltiples. Así, en el cuerpo de literatura sobre esta cuestión se han referido modelos como el biomédico, el psicodinámico, el socio biológico, el conductual, el cultural, el humanista, el cognitivo, el existencial, el social (de ≪etiquetación social≫), el evolucionista, el constitucional, etc. (Véase la Tabla 2.1.)

Sin embargo, tal proliferación de modelos o perspectivas refleja una realidad más ficticia que real, ya que algunos de ellos, más que constituir un sistema teórico original y propio sobre la concepción de lo normal y anormal, se limitan a destacar algunos aspectos de los fenómenos psicopatológicos.

Así, por ejemplo, el tan debatido modelo psicodinámico difícilmente puede ser separado del tradicional modelo biomédico (véase más adelante), ya que, si bien asume que los procesos psicológicos (más que los biológicos) constituyen la causa fundamental de los problemas mentales y psicosomáticos, muchos de sus postulados centrales (concepto de enfermedad mental, existencia de factores patológicos subyacentes, diagnóstico categorial, curso, pronóstico, etc.) son equivalentes a los defendidos por la perspectiva biológica o médica tradicional.

Otros enfoques, por ejemplo los sociales, los humanistas y los existenciales, más que aportar paradigmas innovadores sobre la conducta anormal, consisten en conjuntos de críticas vertidas sobre los grandes modelos (básicamente el biomédico y el conductual), o en enfatizar ciertos aspectos de la realidad humana (posiciones filosóficas, concepto del ≪sí mismo≫, autorrealización, criticismo social, relativismo cultural, etc.). Además de la propia debilidad teórica asociada a estos enfoques, se han argumentado incluso problemas relativos a la eficacia de las técnicas terapéuticas derivadas de estas posturas, ya que tal eficacia, o no ha sido estudiada, o bien es muy baja (Rosenhan y Seligman, 1984). A nuestro juicio, muchos de estos enfoques teóricos —que, dicho sea de paso, tuvieron su mayor apogeo en momentos de menor desarrollo científico de la psicopatología y mayor auge de cambios sociales (por ejemplo, el movimiento anti psiquiátrico) — tienen el valor de haber denunciado muchos aspectos críticos de los modelos reinantes (el modelo médico) y, así mismo, de haber enfatizado cuestiones de relevancia para la psicopatología (por ejemplo, el papel de los factores psicosociales).

Partiendo por tanto de este punto de vista, en lo que sigue no vamos a detenernos en la descripción de toda esta variedad de modelos sobre la psicopatología. Nos centraremos únicamente en tres grandes orientaciones teóricas que cubren adecuadamente el panorama de la psicopatología científica actual, es decir, las perspectivas biomédica, conductual y cognitiva. No obstante, al tratar sobre los procesos y trastornos psicopatológicos en los diferentes capítulos de este manual, se hace referencia explícita a cualquier modelo cuando su aportación al conocimiento psicopatológico ha sido suficientemente relevante.

# IV. EL MODELO BIOLÓGICO

La perspectiva biológica, denominada también biomédica (o médica), fisiológica o neurofisiológica (neurociencia), asume como principio fundamental que el trastorno mental es una enfermedad, al igual que cualquier otra enfermedad física. En consecuencia, las alteraciones psicopatológicas se producen porque existen anormalidades biológicas subyacentes (genéticas, bioquímicas, neurológicas, etc.). Por tanto, según este modelo el tratamiento deberá centrarse en corregir tales anormalidades orgánicas.

Los orígenes del modelo médico hunden sus raíces en la propia historia de la humanidad, fi el reflejo de la lucha del hombre por su supervivencia, a través de los obstáculos más variados, entre los cuales las enfermedades ocupan un lugar predominante. En psicopatología siempre se ha considerado a Hipócrates (siglo II a.C.) como el predecesor del enfoque médico en una extrapolación del modelo kraepeliniano.

Una gran variedad de circunstancias históricas se dan cita para realzar el estatus del modelo biológico en el siglo XIX, como fueron la difusión de la teoría de Kraepelin, la investigación que vinculó la enfermedad mental a una enfermedad orgánica (la sífilis), con sus trágicas secuelas, así como los diversos avances acaecidos en la curación de diversas enfermedades somáticas.

| MODELOS | DIMENSIONES | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | CAUSAS (ETIOLOGÍA) | DIAGNÓSTICO (CLASIFICACIÓN) | COMIENZO | CONTINUIDAD-DISCONTINUIDAD | CONSTRUCTOS TEÓRICOS | TRATAMIENTO | CONCEPTO DEL HOMBRE |
| RMEDAD | Somáticas (localizadas o sistémicas); los síntomas mentales son epifenómenos | Importancia de la clasificación en categorías nosológicas (enfermedades) | Un punto definido de inicio en cualquier momento de la vida. Extrínseco a la evolución de la personalidad | Discontinuidad de enfermedad y salud mental | Enfermedad (morbus). Proceso de enfermedad | Somático: principalmente drogas, pero también TC y neurocirugía | El hombre es una compleja máquina fisicoquímica en la que algunos componentes pueden tornarse defectuosos («estropearse») |
| STITUCIONAL RASIA) | Somático-Organísmico (la totalidad de la constitución biológica) | Diagnóstico de somatotipo y temperamento | Innato: intrínseco a la evolución de la personalidad | Continuidad de la salud y enfermedad mental (aunque se puede establecer un punto de corte) | Temperamento y biotipos | Custodial y sintomático | El hombre es un organismo biopsicológico en el que las funciones son un todo |
| ODINÁMICO | Conflictos psicológicos inconscientes | Diagnóstico de fuerzas psicodinámicas inconscientes (biográficas) | Experiencias tempranas causan conflictos inconscientes | Continuidad: alteraciones emocionales leves son continuos neurosis-psicosis | Aparatos y mecanismos psicológicos: yo, superyó, etc. | Psicoterapia (Insight) | El hombre está motivado por fuerzas irracionales en conflictos con otros y con las normas sociales |
| UCIONISTA OGÉNICO) | Detención del proceso de maduración o regresión a una etapa temprana más primitiva | Diagnóstico del nivel de evolución ontogenética | La evolución se para en una determinada etapa o hay una regresión hacia una anterior primitiva | Continuidad de salud y enfermedad mental, aunque puede haber discontinuidad entre las etapas de desarrollo o evolución | Construcciones ontogénicas tales como diferenciación, integración... | Educación reparadora | El hombre es un organismo en desarrollo, pasando d un nivel elemental a uno complejo |
| DUCTISTA | Condicionamiento. Aprendizaje de hábitos inadecuados | Diagnóstico preciso de los hábitos inadecuados | En cualquier momento de la vida. Lo que hace el sujeto es lo importante, y no su historia | Continuidad de salud y enfermedad mental. No hay diferencia intrínseca entre hábitos correctos e incorrectos | Condicionamiento clásico. Condicionamiento operante | Terapia de conducta | El hombre es una unidad de hábitos y reflejos |

| MODELOS | DIMENSIONES | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | CAUSAS (ETIOLOGÍA) | DIAGNÓSTICO (CLASIFICACIÓN) | COMIENZO | CONTINUIDAD-DISCONTINUIDAD | CONSTRUCTOS TEÓRICOS | TRATAMIENTO | CONCEPTO DEL HOMBRE |
| ITIVO | Esquemas de conocimiento disfuncionales. Estrategias de afrontamiento ineficaces | Anomalías en estructuras y procesos mentales (y sus funciones). Interacciones defectuosas entre procesos, funciones, y comportamiento. Análisis funcional. | Modelos diátesis/estrés. Causas distales y próximas. En cualquier momento del desarrollo. | Continuidad. Las estructuras y procesos mentales anómalos fluctúan en dimensiones de normalidad-patología. | Sesgos, esquemas, creencias, expectativas, estrategias de control. Procesamiento (consciente y no consciente). Modelado. | Terapias cognitivas (incluyendo psico-educación). Individual o grupal. | La mente humana es un sistema físico que procesa información. |
| O-SOCIAL | Desintegración social o conflicto social | Diagnóstico de los procesos de interacción en grupos pequeños en los que participan los individuos | En cualquier momento, pero los procesos de socialización tempranos son importantes | Continuidad de salud y enfermedad mental. Enfermedad mental continua con desviación social | Construcciones tales como estructura social, rol, institución, alienación | Ingeniería social | El hombre es un eslabón de lo social y refleja relaciones sociales, estructuras, valores e institucione |
| -SOCIAL | Relaciones interpersonales y comunicaciones alteradas en los grupos pequeños | Diagnóstico de los procesos de interacción en grupos pequeños en los que participan los | En cualquier momento, pero las relaciones familiares tempranas son importantes | Continuidad de salud y enfermedad mental. Los pequeños grupos anómalos son continuos con los | Construcciones tales como roles, diadas y canales de comunicación | Psicoterapia de grupos | El hombre es un eslabón en procesos dinámicos de grupo, tales como las relaciones familiares |


| MODELOS | DIMENSIONES | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | CAUSAS (ETIOLOGÍA) | DIAGNÓSTICO (CLASIFICACIÓN) | COMIENZO | CONTINUIDAD-DISCONTINUIDAD | CONSTRUCTOS TEÓRICOS | TRATAMIENTO | CONCEPTO DEL HOMBRE |
| ITIVO | Esquemas de conocimiento disfuncionales. Estrategias de afrontamiento ineficaces | Anomalías en estructuras y procesos mentales (y sus funciones). Interacciones defectuosas entre procesos, funciones, y comportamiento. Análisis funcional. | Modelos diátesis/estrés. Causas distales y próximas. En cualquier momento del desarrollo. | Continuidad. Las estructuras y procesos mentales anómalos fluctúan en dimensiones de normalidad-patología. | Sesgos, esquemas, creencias, expectativas, estrategias de control. Procesamiento (consciente y no consciente). Modelado. | Terapias cognitivas (incluyendo psico-educación). Individual o grupal. | La mente humana es un sistema físico que procesa información. |
| O-SOCIAL | Desintegración social o conflicto social | Diagnóstico de los procesos de interacción en grupos pequeños en los que participan los individuos | En cualquier momento, pero los procesos de socialización tempranos son importantes | Continuidad de salud y enfermedad mental. Enfermedad mental continua con desviación social | Construcciones tales como estructura social, rol, institución, alienación | Ingeniería social | El hombre es un eslabón de lo social y refleja relaciones sociales, estructuras, valores e institucione |
| -SOCIAL | Relaciones interpersonales y comunicaciones alteradas en los grupos pequeños | Diagnóstico de los procesos de interacción en grupos pequeños en los que participan los | En cualquier momento, pero las relaciones familiares tempranas son importantes | Continuidad de salud y enfermedad mental. Los pequeños grupos anómalos son continuos con los | Construcciones tales como roles, diadas y canales de comunicación | Psicoterapia de grupos | El hombre es un eslabón en procesos dinámicos de grupo, tales como las relaciones familiares |


En el siglo XX, el modelo biomédico mantiene su enorme influencia y se consolida sobre todo a partir de los años cincuenta, década en la que se comenzaron a sintetizar y a utilizar diferentes clases de drogas psicotrópicas que han mostrado su eficacia en diversos trastornos mentales. Ansiolíticos, antidepresivos, anti psicóticos y otros psicofármacos han cambiado la imagen que se tenía del tratamiento de la enfermedad mental (Comer, 1992).

## A. BASES BIOLÓGICAS DE LA CONDUCTA ANORMAL

Los defensores del modelo biológico entienden el comportamiento anormal como una enfermedad producida por el funcionamiento patológico de alguna parte del organismo.

Se presupone que la alteración del cerebro (estructural o funcional) es la causa primaria de la conducta anormal (Rosen, 1991; Rosenzweig y Leiman, 1989) o de la anormalidad mental.

Así como desde este modelo se postula que los trastornos cardiovasculares están causados por alteraciones celulares en esos órganos, también los trastornos mentales estarían relacionados con las alteraciones celulares del cerebro. Las alteraciones pueden ser anatómicas (el tamaño o la forma de ciertas regiones cerebrales puede ser anormal) o bioquímicas (los elementos bioquímicos que contribuyen al funcionamiento neuronal pueden tener alterada su función, por exceso o por defecto). Dichas alteraciones pueden ser el resultado de factores genéticos, trastornos metabólicos, infecciones, alergias, tumores, trastornos cardiovasculares, traumas físicos, estrés, etc. (Haroutunian, 1991; Murphy y Deutsch, 1991).

Según Buss (1962), y en relación con las causas del trastorno, pueden distinguirse hasta tres tipos diferentes de enfermedad: enfermedad infecciosa, enfermedad sistémica y enfermedad traumática. La gripe, la pulmonía y la hepatitis, son ejemplos del primer tipo, en el que un microorganismo (virus) ataca a un órgano o a un sistema orgánico. La diabetes, causada por un mal funcionamiento de las células pancreáticas encargadas de secretar insulina, es un ejemplo

de enfermedad sistémica. La fractura de un brazo, o la condición producida por la ingestión de una sustancia tóxica, son ejemplos de trastornos traumáticos.
A partir de los años cincuenta se intensificó el interés por aplicar el modelo sistémico de enfermedad a la conducta anormal. La concepción sistémica se vio reforzada por el descubrimiento de sustancias neurotransmisoras (noradrenalina, serotonina, etc.) y de una amplia gama de fármacos psicoactivos. La anormalidad entendida como un problema bioquímico constituyó así el más prometedor de los modelos biomédicos de enfermedad mental, considerándose desde entonces que algunas formas de conducta anormal podían deberse a desequilibrios de la química del sistema nervioso.
Actualmente, existe abundante evidencia empírica de que estas sustancias bioquímicas intervienen en muchos trastornos del comportamiento.
Los clínicos, utilizando una gran variedad de pruebas médicas y neurológicas, han relacionado de forma inequívoca un gran número de trastornos mentales asociados a problemas específicos del funcionamiento cerebral. Por ejemplo, en la enfermedad llamada Corea de Huntington, un trastorno degenerativo marcado por profundas crisis emocionales, delirios, ideas de suicidio y movimientos motores involuntarios, se ha descubierto como factor responsable la pérdida de neuronas en los ganglios basales. Estos trastornos mentales que tienen causas físicas tan claras se denominan trastornos mentales orgánicos. De ellos, el más frecuente y preocupante hoy en día es la denominada enfermedad de Alzheimer y/o demencia senil tipo Alzheimer.
Tradicionalmente, los denominados trastornos mentales orgánicos se han diferenciado de los trastornos mentales funcionales, éstos son patrones de conducta anormales sin claros indicios de alteraciones orgánicas cerebrales. Sin embargo, los defensores a ultranza del modelo biológico, y por ende del papel jugado por las variables fisiológicas, sostienen que en muchos trastornos denominados funcionales, como los trastornos de ansiedad, depresión y esquizofrenia, se han descubierto disfunciones orgánicas en el cerebro. Los biologistas han llegado a estas conclusiones gracias a los avances en la investigación sobre las sustancias psicotrópicas. Los estudios sobre el efecto que las drogas tienen en el cerebro han contribuido a que se conozca mejor su funcionamiento, sobre todo en relación a los trastornos mentales que responden positivamente a ciertos psicofármacos (Hollister y Csernansky, 1990). De esta forma, sabemos que las alteraciones en la actividad de los diversos neurotransmisores pueden asociarse a diferentes trastornos mentales. Los trastornos de ansiedad, por ejemplo, han sido relacionados con una actividad insuficiente del neurotransmisor llamado ácido gamma aminobutírico (gamma aminobutyric acid, GABA) (Braestrup, Schmiechen, Neef, Nielson y Petersen, 1982; Costa, 1983); la esquizofrenia, con una excesiva actividad dopaminérgica (Angrist, Lee y Gershon, 1974; Sandín, 1984; Snyder, 1981); y la depresión, con un déficit en la actividad de las catecolaminas y la serotonina (Siever, Davis y Gorman, 1991; Sandín, 1986; Schildkraut, 1965).
También se ha puesto de relieve la frecuencia con que ocurren los trastornos mentales entre parientes biológicos. Desde este modelo se plantea que si un determinado trastorno ocurre con una relativa frecuencia en una familia en relación a la población general, quizás es porque alguno de los miembros de esa familia ha heredado una predisposición genética a padecerlo. Se habla así de las bases genéticas de la esquizofrenia, de la depresión, de la manía de la enfermedad de Alzheimer, intentando averiguar si se debe a un gen dominante o recesivo. También desde este modelo se ha puesto de relieve la investigación epidemiológica sobre los denominados grupos de riesgo, observando casos de numerosos parientes biológicos de un paciente diagnosticado de una alteración psicopatológica específica que presentan el mismo trastorno.

Los seguidores del modelo biológico buscan ciertos tipos de indicios cuando evalúan la causa de una conducta anormal específica. ¿Existen antecedentes familiares de esa conducta y, por tanto, una probable predisposición genética?
¿Este trastorno está causado por alguna enfermedad anterior o accidente, o sigue su propio curso con independencia de los cambios situacionales? ¿Se ha exacerbado la conducta por eventos que pueden interpretarse como productores de efectos fisiológicos? Cuando se presupone una vulnerabilidad orgánica asociada al efecto de agentes externos patógenos se ha explicado en términos de una interacción denominada predisposición-estrés (también entendida como modelo de diátesis-estrés). Siguiendo, pues, el planteamiento del modelo biomédico, una vez que se han precisado las áreas concretas afectadas de una probable disfunción orgánica, el clínico estará en una mejor posición para prescribir el tratamiento biológico a seguir.

## B. POSTULADOS DEL MODELO BIOLÓGICO

Asumiendo que el modelo médico de los trastornos psicopatológicos se ha desarrollado básicamente en el campo de la medicina (psiquiatría), éste se fundamenta en una serie de conceptos centrales que contribuyen a configurar los componentes básicos de su estructura. Estos conceptos son los siguientes:
1. Signo. Indicador objetivo de un proceso orgánico anómalo (por ejemplo, la fiebre puede ser un signo de un proceso inflamatorio).
2. Síntoma. Indicador subjetivo de un proceso orgánico y/o funcional (por ejemplo, sensación de tener fiebre). De hecho, el síntoma aislado, considerado en sí mismo, no resulta anormal o morboso. Se considera que el síntoma es la unidad mínima descriptible en psicopatología. Por otra parte, se pueden clasificar los síntomas como primarios (rectores, nucleares o patognomónicos), es decir, que nos orientan hacia un diagnóstico determinado, y secundarios cuando no cumplen los criterios etiológicos o descriptivos de la entidad nosológica en la que se han identificado.
3. Síndrome. Conjunto de signos y síntomas que aparecen en forma de cuadro clínico. O dicho en otros términos, es un agrupamiento o patrón recurrente de signos y síntomas.
4. Enfermedad mental (entidad nosológica). Estructura totalizante en la que adquieren sentido los fenómenos particulares, y por tanto dota de recursos explicativos al médico para comprender desde los factores etiológicos del trastorno hasta la validez del pronóstico, aumentando, por supuesto la eficacia del tratamiento. Sin embargo, de por sí, este constructo no agota en ningún caso el nivel explicativo de los trastornos mentales.
5. Discontinuidad entre lo normal y lo anormal. El trastorno mental, al ser considerado como una enfermedad (≪enfermedad mental≫), se clasifica y diagnostica sobre la base de criterios categoriales (en contraste con las orientaciones dimensionales).
Cada trastorno mental constituye una entidad clínica (nosológica) discreta, con características clínicas (sintomatología), etiología, curso, pronóstico y tratamiento específicos. Según el modelo médico, por tanto, cada categoría clínica se diferencia cualitativamente de los demás trastornos mentales, así como también de lo ≪no clínico≫.
Contrasta con la concepción dimensional de la psicopatología, punto de vista más enraizado en la tradición psicológica, donde la diferencia entre lo normal y lo anormal es sobre todo una cuestión de grado (no discontinuidad). Son reflejo de esta orientación médica los sistemas de clasificación categorial establecidos en los sistemas de diagnóstico de la American Psychiatric Association —APA—(DSM-III y DSM-IV) y de la Organización Mundial de la Salud—OMS— (CIE-10) (véase el Capítulo 4).

## C. EVALUACIÓN DEL MODELO BIOLÓGICO

Actualmente el modelo biomédico goza de un considerable prestigio en amplios sectores de la psicología clínica. Las investigaciones sobre las bases biológicas de la conducta anormal son cada vez más abundantes en psicopatología y psiquiatría. Los nuevos fármacos son por sí mismos, además de elementos terapéuticos, relevantes instrumentos de investigación sobre posibles causas biológicas del trastorno.

Se ha sugerido que el modelo biológico tiene bastantes virtudes. Primero, sirve para recordarnos que los problemas psicológicos, aunque complejos y específicos, pueden tener causas o concomitantes biológicos dignos de evaluación y estudio.

Segundo, gracias al desarrollo de sofisticadas técnicas biomédicas, la investigación sobre los aspectos neurofisiológicos y genéticos de la conducta anormal a menudo progresa con rapidez, produciendo nueva y valiosa información en períodos de tiempo relativamente cortos. Tercero, los tratamientos biológicos (sobre todo los psicofarmacológicos) han proporcionado significativas aportaciones en la terapia de los trastornos mentales, bien cuando otras estrategias de intervención se han mostrado ineficaces, bien como tratamientos complementarios a los psicológicos, especialmente en pos trastornos mentales graves.

El modelo biológico, no obstante, adolece de diversos problemas y limitaciones. En su ambición explicativa más extrema parece hipotetizar que toda la conducta humana puede explicarse en términos biológicos y, por tanto, que todo problema psicológico puede ser tratado mediante técnicas biológicas. Este reduccionismo puede limitar más que potenciar nuestro conocimiento del comportamiento anormal y, en especial, de las psicopatologías. Aunque es cierto que los procesos biológicos afectan a nuestros pensamientos y emociones, también lo es que ellos mismos están influenciados por variables psicológicas y sociales. Cuando percibimos un evento negativo en nuestra vida, y que además está fuera de nuestro control, la actividad de la noradrenalina o la serotonina de nuestro cerebro desciende, propiciando la aparición de un estado de ánimo histórico que, en personas vulnerables, puede dar lugar a la instauración de un trastorno depresivo, por ejemplo. Nuestra vida mental es una interacción de factores biológicos y no biológicos (psicológicos, sociales, culturales, ambientales, etc.), por lo que es más relevante explicar esa interacción que centrarse exclusivamente en las variables biológicas. Una consecuencia obvia de estos hallazgos descritos es la comprensión más integrada y holista de los trastornos mentales bajo el paradigma del modelo biopsicosocial, para conducir al científico hacia una aproximación a la forma de interpretar los actos del comportamiento humano en función del hombre como totalidad, y aprehender y estudiar sus mecanismos conductuales como integración de elementos y determinantes biológicos, psicológicos y sociales (Ballús, 1983; Belloch y Olabarría, 1993).

Un segundo problema con el que se encuentra el modelo biológico es la validez explicativa de sus teorías que a menudo son incompletas y poco concluyentes. Muchos estudios bioquímicos y neurológicos, por ejemplo, se realizan con anima les que aparentemente presentan síntomas de depresión, ansiedad, o algún otro comportamiento anormal inducido mediante drogas, cirugía o manipulación conductual.

Los investigadores tendrán dificultades para generalizar la validez de sus conclusiones a la conducta humana y sus alteraciones. Igualmente, los estudios genealógicos y genéticos citados a menudo para apoyar los argumentos biológicos están abiertos a sucesivas interpretaciones y reinterpretaciones en función de los avances en neurociencia.

Por otra parte, la aceptación rígida de los postulados anteriormente descritos acarrea diversos problemas que reflejamos a continuación:

1. Tiende a considerar al individuo (≪enfermo mental≫) como algo pasivo. Si aceptamos el

concepto de enfermedad, hemos de considerar al sujeto enfermo con todas las implicaciones, positivas y negativas, que conlleva. Haciéndonos eco de las palabras de Kraepelin (1913), el sujeto enfermo se acepta y es aceptado como tal, gozando de los mismos privilegios en la sociedad y en el trabajo que otro sujeto normal. El enfermo juega un papel pasivo al no ser el agente responsable del inicio y posterior curación del trastorno (es decir, es un mero intermediario entre el médico y la enfermedad). Por el contrario, el papel del médico es activo, ya que cuenta con la capacidad y medios adecuados para solucionar el problema.

2. El trastorno mental es una enfermedad y como tal tiene una etiología (causa) de tipo orgánico (defecto genético, alteración metabólica, desregulación endocrina, etc.). Sin embargo, existe amplia evidencia de que muchos trastornos psicológicos no obedecen a causas orgánicas.

3. Como indicamos más atrás, el diagnóstico se establece sobre la base de la existencia de una serie de síntomas (≪criterios de diagnóstico≫). Sin embargo, resulta cuanto menos problemático reducir el diagnóstico a un mero etiquetado, ya que a veces este procedimiento ha resultado ser contraproducente (véase Chorot, 1986). Si bien el diagnóstico se ha basado con frecuencia, siguiendo este modelo, en criterios etiológicos, actualmente se tiende a evitar la implicación de asunciones teóricas, empleándose con preferencia criterios puramente descriptivos (sintomáticos), tal y como ha ocurrido en el DSM-III y el DSM-III-R (APA, 1980, 1987), los sistemas de diagnóstico categorial más influyentes durante los últimos diez años.