

na (psiquiatría), este 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 [p. ej., la fiebre puede ser un signo de un proceso inflamatorio].
2. **Síntoma.** Indicador *subjetivo* de un proceso orgánico y/o funcional [p. ej., 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 diferencia entre síntomas primarios (rectores, nucleares o patognomónicos), es decir, que orientan hacia un diagnóstico determinado, y síntomas secundarios cuando no cumplen los criterios etiológicos o descriptivos de la entidad nosológica en la que se han identificado.
3. **Síndrome.** Conjunto de signos y síntomas que aparecen en forma de cuadro clínico. O, dicho en otros términos, 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 enfermedad mental constituye una entidad clínica (nosológica) discreta, con características clínicas (sintomatología), etiología, curso, pronóstico y tratamiento específicos. Según el modelo biomédico, por tanto, cada categoría clínica se diferencia cualitativamente de las demás enfermedades 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 patológico 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) y de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (véase el Capítulo 3). No obstante, en estos mismos sistemas se plantea la posibilidad de adoptar una perspectiva dimensional, en especial con respecto a ciertos grupos de trastornos, como los de personalidad (ver el capítulo correspondiente a estos trastornos en este manual), que no se ajustan a

planteamientos categoriales dicotómicos (i. e., presencia vs. ausencia de un trastorno).

c. Evaluación del modelo biomédico

El modelo biomédico goza de un considerable prestigio en amplios sectores de la psicología clínica y la psicopatología, y las investigaciones sobre las bases biológicas de las psicopatologías son cada vez más numerosas. Los nuevos fármacos son, además de elementos terapéuticos por sí mismos, instrumentos relevantes de investigación sobre las posibles causas biológicas de las psicopatologías.

Se ha sugerido que el modelo biomédico 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 de las psicopatologías a menudo progresa con rapidez, produciendo nueva y valiosa información en períodos de tiempo relativamente cortos. Tercero, los tratamientos biológicos (en especial, los psicofarmacológicos) han proporcionado aportaciones significativas para la terapia de las enfermedades mentales, ya sea cuando otras estrategias de intervención se han mostrado ineficaces, ya como tratamientos complementarios a las estrategias de intervención psicológicas.

El modelo biológico, no obstante, adolece de 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 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 (intrapsíquicas), sociales, y ambientales. Cuando percibimos un evento negativo que está fuera de nuestro control, la actividad de la noradrenalina o la serotonina de nuestro cerebro desciende, propiciando la aparición de un trastorno depresivo. Nuestra vida mental es una interacción de factores biológicos y no biológicos (psicológicos, sociales, culturales, ambientales, etc.), por lo que es más importante poder explicar esa interacción que centrarse exclusivamente en un tipo de variables (en este caso, las biológicas). Una consecuencia obvia de los hallazgos y datos que viene proporcionando el modelo biomédico 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 (Belloc y Olabarria, 1993).