



## PROPUESTAS PARA UN ENFOQUE TRANSDIAGNÓSTICO DE LOS TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO: EVIDENCIA, UTILIDAD Y LIMITACIONES

AMPARO BELLOCH

Facultad de Psicología, Universidad de Valencia, España

**Resumen:** Las elevadas tasas de comorbilidad y covariación entre los diversos trastornos mentales constituyen una de las limitaciones más importantes de los actuales sistemas de diagnóstico psiquiátrico, que además están basados en categorías definidas por sus características clínicas y no en supuestos etiológicos. Estas limitaciones se ponen especialmente de manifiesto en el caso de los trastornos de ansiedad y depresivos, y se producen también en los trastornos alimentarios. La acumulación de evidencias sobre el solapamiento de síntomas ha llevado a sugerir la existencia de dimensiones patológicas comunes y compartidas entre los diferentes trastornos de ansiedad y depresivos y a proponer un enfoque transdiagnóstico para estos trastornos. Paralelamente, se han propuesto tratamientos transdiagnósticos para los trastornos emocionales, que se centran en las comunales observadas más que en sus diferencias. Este artículo analiza algunas de las dimensiones comunes a los trastornos emocionales que cuentan con evidencia empírica, así como su utilidad y limitaciones a la hora de avanzar en la comprensión de la psicopatología de esos trastornos y las implicaciones para un tratamiento transdiagnóstico.

**Palabras clave:** Trastornos emocionales; tratamiento transdiagnóstico; terapia cognitivo-conductual; ansiedad; depresión.

*Proposals for a transdiagnostic perspective of mental and behavioural disorders:  
Evidence, usefulness, and limitations*

**Abstract:** The high rates of comorbidity and cross-sectional covariation between disorders are one of the main limitations of current psychiatric diagnostic approaches, which moreover are based on categories defined by clinical features rather than assumptions about etiology. These limitations are especially manifest as regards anxiety and depressive disorders, and also are evident in eating disorders. The accumulating evidence on symptom overlap has led several authors to suggest the existence of common and shared pathology dimensions across anxiety and depressive disorders, postulating a transdiagnostic approach to these disorders. At the same time, transdiagnostic treatments for emotional disorders have been proposed focusing on the observed commonalities instead of the differences. This article examines some of the empirically supported common dimensions of emotional disorders, their usefulness and limitations in further understanding the psychopathology of those disorders, and the implications of a transdiagnostic treatment.

**Keywords:** Emotional disorders; transdiagnostic treatment; cognitive-behavioural therapy; anxiety; depression.

### INTRODUCCIÓN

Desde la década de los noventa del pasado siglo, los tratamientos cognitivo-conductuales

(TCC) han alcanzado un enorme y bien merecido prestigio. La acumulación de evidencias sobre su eficacia y eficiencia para una amplia gama de trastornos mentales y del comportamiento, los viene situando en la primera línea de elección para muchos psicoterapeutas (Hofmann, Asnaani, Vonk, Sawyer, y Fang, 2012). Asimismo, guías de prestigio como las del National Institute for Health and Clinical Excellence británico, recomiendan los TCC como

---

*Correspondencia:* Amparo Belloch Fuster, Departamento de Psicología de la Personalidad Evaluación y Tratamientos Psicológicos, Facultad de Psicología, Avda. Blasco Ibáñez 21, 46010 Valencia, España.  
Correo-e: amparo.belloch@uv.es

tratamientos de elección indudable para la mayoría de los trastornos de ansiedad, o como coadyuvantes necesarios para el tratamiento de otros muchos, desde los del estado de ánimo, hasta los problemas de la esfera alimentaria o los de la psicótica.

El desarrollo de protocolos específicos para problemas y/o trastornos que supuestamente son asimismo específicos, ha contribuido sin duda a facilitar la diseminación de los TCC entre los profesionales, ya que les permite disponer de un «catálogo» bien sistematizado de procedimientos y técnicas a los que acudir para resolver los problemas de sus clientes. Y esto, seguramente, disminuye las dudas e inseguridades sobre el propio ejercicio profesional, además de proporcionar un cierto sello de «garantía de calidad» de los tratamientos psicológicos ante la sociedad y ante otros profesionales de la salud.

Este estatus de excelencia que sin duda han alcanzado los TCC no es gratuito. Una de las razones para ello ha sido, sin duda, la firme apuesta que estos tratamientos hicieron desde el principio por anclar sus planteamientos en la psicología empirista. O si se prefiere, en la necesidad de fundamentar cualquier afirmación teórica en datos obtenidos mediante procedimientos repetibles y ajustados a las metodologías de tipo hipotético-deductivo, que tan buenos resultados ha proporcionado en muy diversos campos de la ciencia desde los inicios del siglo XX. La adhesión a estos principios, con sus lógicas variaciones y modificaciones, ha sido una de las marcas de contraste de los TCC, desde los estudios e investigaciones pioneras de Watson y Rayner, anclados en el movimiento conductista, que darían más tarde lugar a la Terapia del Comportamiento, hasta los desarrollos más actuales de autores como Beck, Ellis, Rachman, o Salkovskis, por mencionar algunos de los más conocidos. En estos últimos la impronta cognitiva viene marcando cada vez más su huella, lo que ha permitido ampliar las perspectivas hacia otros enfoques de psicoterapia.

Pero esta adhesión a los principios y postulados de la «ciencia normativa», ha tenido y tiene también su coste. Como acertadamente recuerda Clark (2009), el diseño de los protocolos de TCC específicos para trastornos concretos,

no es ajeno al imperio de los sistemas de diagnóstico psiquiátrico en la psicopatología actual, empeñados en delimitar características sintomáticas concretas y, hasta cierto punto, únicas y distinguibles para cada entidad diagnóstica. También ha contribuido, en opinión de Clark, la hegemonía que el enfoque cognitivo de A. T. Beck, con su énfasis en la especificidad de contenidos de los diversos trastornos mentales, ha tenido en la psicopatología de los últimos 20 años. La hipótesis de la especificidad de contenido afirma que *«cada uno de los diferentes trastornos psicológicos tiene su propio perfil cognitivo, que se pone de manifiesto en el contenido y la orientación de las cogniciones negativas y sesgos de procesamiento asociados con el trastorno»* (Clark, Beck, y Alford, 1999, p. 127).

Esa apuesta por la especificidad maridaba bien con las propuestas nosológicas psiquiátricas que se pusieron de manifiesto en la tercera edición de 1980 del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la American Psychiatric Association, y que convirtieron el DSM-III en el manual de referencia imprescindible para la investigación y la práctica de la psicopatología, en especial la de orientación médico-biológica. Y no cabe duda de que ello ha supuesto algunas ventajas. No hay que olvidar que, entre otras cosas, la profunda reorientación que supuso el DSM-III pretendía resituar a la Psiquiatría en el ámbito más amplio de la Medicina, otorgándole un «marchamo» de cientificidad que, por muy diversas razones, no había conseguido lograr a diferencia de otras especialidades médicas. La distribución del cuerpo humano en órganos y aparatos bien delimitados, cada uno con sus funciones y disfuncionalidades específicas, ha proporcionado a los profesionales de la Medicina un conjunto de avances espectaculares tanto en el ámbito de la etiología de las diferentes enfermedades, como por supuesto en su diagnóstico y tratamiento. Existían también, y siguen existiendo claro está, las llamadas «enfermedades sistémicas», pero no representaban un problema epistemológico fundamental: bastaba con delimitar cuál era la enfermedad originaria o primaria para dar una salida honrosa y manejable al problema.

La Psiquiatría, en cambio, estaba muy lejos de gozar del estatus de prestigio del que disfru-

taban la mayoría de las especialidades médicas. Y buscó soluciones, fijándose la meta de mejorar el diagnóstico como primera e ineludible fase. No hay que olvidar el descrédito, bien merecido, en el que había caído la psiquiatría oficial con sus inoperantes diagnósticos, denunciados por los movimientos anti-psiquiátricos y sociales de la década de los 70 y 80 del pasado siglo. Críticas a las que se sumó el modelo conductista de la psicopatología de esa época, que optó por un modo diferente de enfocar el problema del diagnóstico a través, sobre todo, del análisis funcional.

Aquellos modelos eran inoperantes porque no servían a ninguno de los fines que debe cumplir todo diagnóstico: etiología, pronóstico, y tratamiento. Para superar la situación la Psiquiatría optó, apelando a la herencia kraepeliniana, por un enfoque que le permitiera definir con relativa claridad diversas enfermedades, cada una de las cuales debería poseer sus síntomas característicos y particulares. La diferenciación por «aparatos» u «órganos», imposible dada la naturaleza de las enfermedades mentales, fue traducida en términos de categorías establecidas por consenso entre expertos y por tradición: ansiedad, esquizofrenia, estado de ánimo, personalidad, etc. Las cuestiones etiológicas quedaban, aparentemente, en un segundo plano: primero había que buscar los elementos comunes de los diversos trastornos para agruparlos en categorías, las cuales a su vez, se suponía eran la expresión de etiopatogenias compartidas, pues respondían a tratamientos similares o idénticos (ansiolíticos, antipsicóticos, antidepresivos, etc.).

Las sucesivas ediciones que se han producido del DSM desde aquella tercera edición de 1980, no han introducido variaciones sustantivas en esa lógica interna. Hasta ahora. No hay más que dar una ojeada a los debates sobre el futuro DSM-V para darse cuenta de que esta visión categorial excluyente ha agotado sus posibilidades, como viene sucediendo también en el ámbito de la mayoría de las especialidades médicas cada vez más orientadas hacia la adopción de modelos de redes. Véanse, por ejemplo, las propuestas sobre trastornos mixtos ansiedad-depresión, o sobre los trastornos somatoformes, o sobre el espectro obsesivo-compulsi-

vo, o sobre el establecimiento de dimensiones de disfuncionalidad para un diagnóstico de trastorno de personalidad, entre otros cambios profundos que están siendo objeto de debate y hasta confrontación, algunos de los cuales hemos comentado en otros lugares (Belloch, 2010; López-Santiago y Belloch, 2012).

Entre tanto, la investigación psicopatológica de orientación psicológica se dejó invadir, o quizá persuadir, por ese modo de acercamiento a la realidad de los trastornos mentales que imponía la asunción del modelo médico tradicional por parte de la psiquiatría. El precio de tal acercamiento fue minusvalorar otros enfoques y alternativas propias, como el análisis funcional que antes mencionamos, o simplemente desechar la utilidad de otros como el enfoque sistémico de los problemas y trastornos mentales. Además, la consideración dimensional de los diversos síntomas y signos de los trastornos mentales según la cual las psicopatologías no constituyen mundos aparte de la normalidad, que es una de las aportaciones teóricas y metodológicas más importantes de la psicología, quedaba reducida muchas veces a un mero ejercicio casi testimonial tanto en la práctica clínica como en la investigación. Las presiones, asumidas casi siempre de manera acrítica, por establecer un diagnóstico preciso e inequívoco, que fuera aceptado por la comunidad médica, dominante no solo en los sistemas nacionales de salud ya fueran públicos o privados, sino también en el ámbito de la investigación, llevaron a obviar o minimizar los instrumentos y estrategias de evaluación y diagnóstico propios de la psicología clínica, y sustituirlos por otros que se ajustaran perfectamente al DSM o, posteriormente, a la CIE-10 de la Organización Mundial de la Salud. Por poner un ejemplo, el uso de entrevistas estandarizadas como la Entrevista Estructurada para los Trastornos de Ansiedad, ADIS (Di Nardo, Brown, y Barlow, 1994) basada en el DSM, se ha hecho casi imprescindible a la hora de «justificar» un determinado diagnóstico en nuestras publicaciones científicas.

Pero lo cierto es que la sistematización categorial, basada en la idea de que existen diferencias sustantivas entre los diferentes trastornos y enfermedades, siempre ha representado

un problema para la psicopatología. En primer lugar, porque choca frontalmente con la noción de dimensión o continuidad entre la normalidad y la psicopatología, que como se acaba de señalar ha sido una de las mayores aportaciones psicológicas a la investigación y la comprensión de los trastornos y enfermedades mentales. Y en segundo término, porque un sistema de categorías mutuamente excluyentes no permite considerar el sufrimiento humano como un todo, en términos sistémicos. Los datos, las evidencias empíricas acumuladas en todos estos años, ponen de manifiesto que la co-morbilidad entre trastornos es más la regla que la excepción, tanto si hablamos intra-categorías como entre-categorías. Los síntomas patognomónicos de un determinado trastorno, por ejemplo el pánico, las compulsiones, la tristeza patológica, el insomnio, las somatizaciones, o la hipocondría, por mencionar algunos, aparecen con mucha más frecuencia de la que cabría esperar en otros trastornos en principio diferentes. Y, además, su aparición no es en modo alguno tangencial o irrelevante. Síntomas que, aparentemente, son exclusivos de las personas con trastornos mentales, pueden ser también experimentados por personas sin psicopatología alguna, como sobradamente ha demostrado la investigación psicopatológica, y desde luego la práctica clínica. Por poner unos pocos ejemplos, sabemos que las alucinaciones, las ideas sobrevaloradas, las delirantes, o las obsesiones, no son exclusivas de las personas con diagnóstico de enfermedad y/o trastorno mental, como atestiguan las muchas investigaciones llevadas a cabo en los últimos 20 años.

Desde el punto de vista de los tratamientos psicológicos, sucede algo parecido. La utilidad y eficacia de las mismas técnicas para trastornos diferentes pone también en entredicho la utilidad y viabilidad de las divisiones diagnósticas al uso. Por ejemplo, la exposición con prevención de respuesta, los programas de reestructuración cognitiva, las entrevistas motivacionales, los programas de entrenamiento en habilidades sociales, los de activación conductual, o más recientemente, las técnicas de meditación plena, han demostrado, o lo están haciendo, su eficacia para una amplia gama de trastornos mentales y del comportamiento (p.ej., Hofmann y Smits,

2008; Hofmann et al., 2012). En este mismo plano, cabe también situar los programas de tratamiento grupal, en donde personas con trastornos muy diferentes (de personalidad, somatizadores, de ansiedad, o depresivos) se benefician en igual medida del tratamiento recibido (Fernández-Álvarez, 2004; Kaplan y Saddock, 1996; MacKenzie, 2001).

En realidad, no cabe extrañarse de que todo esto sea así, aun cuando nos situemos en un modelo médico estricto para el tratamiento de los trastornos mentales. Las guías oficiales para el tratamiento de trastornos tan diferentes como la Depresión o el Trastorno Obsesivo Compulsivo, incluyen prácticamente los mismos fármacos en diferentes escalones o etapas, y muchos de esos fármacos son además de uso común en el tratamiento de las esquizofrenias o de los trastornos de ansiedad.

Una posible explicación para esta falta de diferenciación, o relativa generalidad, de los tratamientos actualmente disponibles podría radicar en el desconocimiento exacto de la etiopatogenia de cada trastorno particular, lo que hace difícil o imposible por el momento establecer las mejores dianas terapéuticas para cada entidad. Pero hay otras explicaciones que, al menos por ahora, cuentan con el suficiente aval empírico como para resultar más plausibles, y que nos retrotraen a la hipótesis tantas veces evidenciada de la dimensionalidad.

La perspectiva dimensionalista de la psicopatología asume que entre la normalidad (por ej., preocuparse por el bienestar de los demás) y la psicopatología (por ej., mantener la mente ocupada casi por completo en esas preocupaciones) no existen límites precisos determinados a priori. Para explicar cómo se traspasan tales límites, recurre a otras variables y factores, asimismo dimensionales (por ej., creer que puesto que preocuparse por los demás ha «invadido» la mente, es importante mantenerse en ese estado de preocupación el mayor tiempo posible), que a su vez tienen efectos dañinos o nocivos sobre otros factores (por ej., comportamentales, como verificar de forma repetida que los demás están bien, evitar situaciones potencialmente arriesgadas, etc.), todo lo cual acaba afectando al sistema de relaciones personales del individuo y a su estabilidad emocional

general, sin olvidar sus nocivos efectos sobre la salud física (por ej., insomnio, problemas alimentarios, etc.). En suma, tiene efectos sistémicos sobre la experiencia subjetiva, la actividad mental, el comportamiento, la red relacional, y la salud general del individuo afectado.

Pero además, el patrón que se acaba de ejemplificar, y que podría ser característico de un trastorno de ansiedad generalizada siguiendo los estándares diagnósticos categoriales al uso, no es muy diferente del que podemos encontrar en otros trastornos, como el obsesivo-compulsivo, el insomnio, o la agorafobia. Tanto la realidad clínica como la investigación, nos indican que las comunalidades, más que las diferencias, son la moneda de cambio habitual para una parte muy amplia y significativa de trastornos mentales. En consecuencia, la búsqueda de confluencias y similitudes entre las diversas dimensiones de síntomas que dan lugar a, y explican, las múltiples manifestaciones del malestar mental humano y su efecto sistémico sobre la vida de las personas, requiere un cambio de enfoque radical en el modo de abordar el diagnóstico de los trastornos mentales y del comportamiento. De aquí surge el enfoque transdiagnóstico, que en esencia puede concebirse como un paso adelante en la consideración dimensional de tales trastornos. En consecuencia, es importante disponer de evidencias que avalen la utilidad de este nuevo modo de enfocar el diagnóstico y la explicación de las psicopatologías.

#### EVIDENCIAS PARA LA ADOPCIÓN DE UN ENFOQUE TRANSDIAGNÓSTICO

Hasta el momento actual, los defensores del enfoque transdiagnóstico frente al categorial psiquiátrico pueden clasificarse en tres grupos teniendo en cuenta el foco principal de sus aportaciones y/o intereses. No obstante, hay que aclarar que esta diferenciación es en parte artificial, y solo se plantea aquí como un posible modo de organizar la información disponible.

En un primer grupo podemos recoger los trabajos que se centran en analizar las evidencias que avalan la existencia de dimensiones básicas comunes a los trastornos emocionales

(i.e., trastornos depresivos y de ansiedad), siguiendo el camino iniciado por Clark y Watson (1991) con su modelo tripartito del afecto positivo y negativo. En un segundo grupo, se pueden ubicar los autores que proponen una dimensión específica, diferente a las del modelo tripartito, aunque en algunos casos pueda tratarse de aspectos concretos de una de las dimensiones de ese modelo (i.e., ira, perfeccionismo, rumiación, intolerancia a la incertidumbre, etc.). En tercer lugar, cabe situar las investigaciones más directamente focalizadas en procesos cognitivos básicos (i.e., atención selectiva, sesgos de memoria, etc.), o en estrategias de afrontamiento del malestar psicológico (i.e., evitación, búsqueda de reaseguración, supresión de pensamientos, etc.), que hipotéticamente se encuentran en la base de trastornos mentales diferentes. El elemento común es, en los tres casos, la apuesta por una caracterización dimensional de las diferentes variables que se proponen como transdiagnósticas, ya que una de las razones que explicaría la transversalidad de tales variables radica, precisamente, en su dimensionalidad.

#### *Factores comunes entre trastornos mentales complejos*

El primer conjunto de estudios hace referencia, como se acaba de decir, a la búsqueda de factores comunes entre los distintos trastornos emocionales, sin que ello signifique necesariamente poner en cuestión las características diagnósticas específicas de cada trastorno particular tal y como éstas se definen en los manuales al uso (DSM, CIE). El grupo de Barlow es seguramente el más representativo de este modo de entender el transdiagnóstico, en especial para los trastornos emocionales. En una de sus publicaciones más representativas (Brown y Barlow, 2009) proponen adoptar un sistema de clasificación bi-dimensional para estos trastornos que se basa, en gran medida, en el modelo tripartito de los trastornos emocionales que propusieron Clark y Watson (1991). En la conceptualización del grupo de Barlow, el modelo incluye dos dimensiones de primer nivel: la de ansiedad/neuroticismo/afecto negativo/

inhibición conductual (ANAN/I), y la de extraversión/afecto positivo/activación conductual (EAP/A). Ambas dimensiones se conciben en términos de temperamento y, en este sentido, configuran el componente biológico-genético de la vulnerabilidad a presentar trastornos emocionales, componente que a su vez explica entre el 30% y el 50% de la varianza de los trastornos emocionales, según los autores. El resto de la varianza sería explicada por lo que denominan «vulnerabilidad psicológica», que incluye dos componentes: una generalizada, que se asocia con acontecimientos vitales estresantes tempranos, entre los que destacan un entorno afectivo inseguro y poco predecible. El otro componente, más específico, estaría fuertemente vinculado con experiencias de aprendizaje concretas. La dimensión ANAN/I se asocia con un hiperfuncionalismo del eje hipotálamo-pituitario-adrenocortical, conlleva malestar crónico generalizado, percepción de incontrolabilidad sobre acontecimientos potencialmente amenazantes, hipervigilancia atencional, y bajas auto-confianza y auto-eficacia para afrontar eventos amenazantes. Por su parte, la dimensión EAP/A se caracteriza en su extremo más carencial por pesimismo y escaso interés por el entorno. Ambas dimensiones se expresan además a través de estilos de comportamiento que, en parte, son coincidentes: evitación e inhibición, y tanto los comportamientos de evitación como los de inhibición pueden ser manifiestos o encubiertos, e incluyen múltiples aspectos que, a su vez, pueden ser caracterizados dimensionalmente.

A partir de aquí, proponen re-conceptualizar en una única categoría diagnóstica los diversos trastornos que se contemplan en el DSM bajo las categorías de trastornos de ansiedad y trastornos del estado de ánimo. Al mismo tiempo, en la medida en que los distintos trastornos emocionales comparten esas dimensiones, el grupo de Barlow ha desarrollado un modelo de trans-tratamiento, ampliamente basado en el TCC, en el que se ponen de manifiesto las comunalidades entre trastornos más que las diferencias (p.ej., Barlow, Farchione, Fairholme, Ellard, Boisseau, et al., 2011; Wilamowska, Thompson-Hollands, Fairholme, Ellard, Farchione & Barlow, 2010). Norton y Barrera

(2012) han publicado los primeros datos de un ensayo aleatorizado controlado comparando la eficacia de un tratamiento siguiendo los estándares típicos de la TCC con la aplicación del procedimiento de tratamiento transdiagnóstico diseñado por Norton (2012). Los resultados indican una eficacia comparable entre ambos procedimientos. Según sus autores, aunque estos resultados son preliminares, abren la puerta a una diseminación más amplia de los tratamientos psicológicos, con el consiguiente incremento de accesibilidad a los mismos, sin que por ello se sacrifique la eficacia ya demostrada de los tratamientos cognitivo-conductuales. Más adelante retomaremos este trabajo, ya que es el único publicado hasta el momento en el que se compara directamente un protocolo de TCC focalizada con un protocolo de transdiagnóstico.

### *Dimensiones específicas*

En este segundo grupo de investigaciones ubicamos las que se centran en analizar el posible carácter transdiagnóstico de dimensiones específicas de muy variada naturaleza: síntomas, características personales, creencias y valores, estrategias de control y afrontamiento, etc., si bien la mayor parte de estas dimensiones se asocian con la más general de neuroticismo/afecto negativo. Cabe resaltar las investigaciones sobre las estrategias para regular emociones, la sensibilidad a la ansiedad, la ira, el pensamiento rumiativo, el perfeccionismo, la intolerancia a la incertidumbre, o los pensamientos intrusos no deseados, entre otros. El perfeccionismo es una de las dimensiones que más interés ha suscitado, dada su importante presencia en trastornos tan diferentes como los de la conducta alimentaria, los de personalidad, los del espectro obsesivo-compulsivo, algunos trastornos del desarrollo, los trastornos de ansiedad, y algunas formas depresivas. Sin embargo, no lo trataremos aquí ya que es analizado en otro de los capítulos de este monográfico. En la Tabla 1 se resumen los principales datos sobre algunas de las variables candidatas a ser incluidas en el ámbito del transdiagnóstico que comentamos a continuación.

Tabla 1. Dimensiones propuestas para el transdiagnóstico

<i>Variable</i>	<i>Autores</i>	<i>Trastornos/síntomas</i>	<i>Resultados</i>
Estrategias regulación emocional	Aldao y Nolen-Hoeksema (2010)	TCA, Depresión, Ansiedad (síntomas, evaluados con cuestionarios)	Las estrategias disfuncionales para regular emociones se asocian con todos los indicadores de psicopatología.
Rumiación	McLaughlin y Nolen-Hoeksema (2011)	Comorbilidad entre DM y Trastornos de ansiedad	Variable mediadora entre síntomas depresivos y síntomas de ansiedad.
Sensibilidad a la ansiedad	Fairholme et al., 2012	Trastornos de ansiedad, Trastornos depresivos, Insomnio	a) factor común a los trastornos del sueño, los de ansiedad, y depresivos; b) factor de mantenimiento del insomnio primario.
Ira	Owen (2011)	AS, DM, TAG, TEPT, TPs, Enfermedad coronaria	El pobre control de la ira está presente en una amplia variedad de trastornos mentales y físicos.
Intolerancia a la incertidumbre	McEvoy y Mahoney (2012)	AS, DM, TAG, TOC, TP, Neuroticismo	Se asocia con síntomas de todos los trastornos, aun controlando Neuroticismo. La IU-ansiedad anticipatoria media entre Neuroticismo y síntomas de TAG y TOC La IU-inhibición media entre Neuroticismo y AS, TP, DM.
Intrusiones mentales	Varios (ver texto)	TOC, TAG, TEPT, TCA, Insomnio, Trastornos sexuales, Psicosis	Presentes en todos los trastornos. Suscitan reacciones emocionales, valoraciones disfuncionales, y estrategias de control/neutralización similares.

*Nota.* AS = ansiedad (fobia) social; DM = depresión mayor; IU = intolerancia a la incertidumbre; TAG = trastorno de ansiedad generalizada; TB = trastorno bipolar; TCA = trastornos de la conducta alimentaria; TEPT = trastorno de estrés postraumático; TOC = trastorno obsesivo-compulsivo; TP = trastorno de pánico; TPs = trastornos de personalidad.

Entre los diversos estudios dedicados a examinar el valor transdiagnóstico de las estrategias que habitualmente se utilizan para regular los estados emocionales y/o afectivos, destaca el de Aldao y Nolen-Hoeksema (2010). Estos autores han examinado la relación entre los síntomas de tres trastornos muy diferentes (alimentarios, depresivos, y ansiosos) y cuatro de las estrategias más habituales para regular los estados emocionales, dos adaptativas (re-valoración, y solución de problemas) y dos disfuncionales (pensamiento rumiativo y supresión de pensamientos). Aunque es un estudio transversal que se realiza en población no clínica (estudiantes universitarios), los resultados son interesantes en el sentido de que muestran no solo que las estrategias disfuncionales para regular los estados emocionales se asocian con los indicadores de psicopatología, sino sobre todo

que la fuerza de tal asociación es independiente del trastorno con el que se asocian. La conclusión es que estas estrategias disfuncionales están presentes en cualquier trastorno que involucre alteración emocional y, por lo tanto, tienen valor transdiagnóstico.

La sensibilidad a la ansiedad ha sido también objeto de estudio reciente como variable transdiagnóstica, común no solo a los trastornos emocionales (ansiedad y depresión), sino también a los relacionados con el sueño (Fairholme, Carl, Farchione, y Schonwetter, 2012). La gravedad del insomnio que presentaban 59 pacientes con diversos trastornos de ansiedad, 13 de los cuales presentaban además una depresión comórbida, se asoció con claridad a tres de los procesos característicos del insomnio (conductas de seguridad, creencias disfuncionales sobre el insomnio, y cansancio físico), pero no con

una medida general de sensibilidad a la ansiedad. Sin embargo, esta última modulaba las relaciones entre los mencionados procesos clave del insomnio y la gravedad del mismo, lo que sugiere que la sensibilidad a la ansiedad es una dimensión transdiagnóstica que, además, actúa como factor de mantenimiento de los problemas del sueño.

Otra de las variables que ha recibido atención reciente es el pensamiento rumiativo o rumiación. McLaughlin y Nolen-Hoeksema (2011) han examinado tanto transversal como longitudinalmente (durante un periodo de entre 7 y 12 meses) la capacidad transdiagnóstica de este proceso de pensamiento en dos amplios grupos de población no clínica, 1065 adolescentes de entre 12 y 14 años, y 1132 adultos. Constatan que, tanto en el caso de los adolescentes como en los adultos, la presencia de rumiación media entre la aparición de síntomas de depresión y la posterior aparición de sintomatología ansiosa. Es decir, que cuando se constatan síntomas depresivos y éstos se acompañan además de rumiación, aparecen posteriormente síntomas de ansiedad. Los autores indican que, según estos resultados, la rumiación es una dimensión sintomática que no solo está igualmente presente en los trastornos de ansiedad y los depresivos, sino que su presencia acompañando a uno de estos dos grupos de trastornos incrementa las probabilidades de que, en un plazo de tiempo relativamente breve, aparezcan síntomas del otro grupo de trastornos, lo que otorgaría a esta dimensión un papel etiológico.

La ira, entendida como fuente estable de diferencias individuales en relación con los estados emocionales, ha sido también objeto de estudio (Owen, 2011). Este autor justifica la utilidad transdiagnóstica de esta reacción emocional sobre la base de dos argumentos: primero, por su presencia como síntoma importante en distintos trastornos de personalidad (límite, antisocial, narcisista) y en otros trastornos del eje I (estrés post-traumático, depresión en adolescentes y adultos, entre otros) (Novaco, 2010). Y segundo, aludiendo a un estudio realizado por la Mental Health Foundation (2008) en población general británica en el que se constata que en torno al 25% de la población encuestada

(cerca de 2000 personas) indica que le preocupan sus reacciones emocionales ocasionales de ira, mientras que una de cada 10 reconoce tener problemas importantes con el control de su ira, y una de cada 5 revela que sus relaciones personales íntimas se han visto frustradas en varias ocasiones por este mismo problema. Además, en la práctica clínica los problemas de control de la ira son frecuentes, tanto en población adulta como adolescente, y se han desarrollado programas de tratamiento específicos para afrontarla que han demostrado su eficacia (p.ej., Saini, 2009). A pesar de todo ello, la ira como tal no se incluye entre los criterios diagnósticos al uso. En su revisión de los estudios que analizan las repercusiones de la elevada vulnerabilidad a la ira, Owen (2011) aporta evidencias sobre su asociación con problemas de agresión interpersonal, problemas de pareja, aumento del riesgo de coronariopatías, aumento de trastornos mentales comórbidos, y mal funcionamiento psicosocial. También se han encontrado evidencias de una mayor vulnerabilidad a experimentar ira con baja adherencia a los tratamientos, incluyendo abandono de los mismos especialmente en el formato grupal, y en el caso del trastorno de estrés posttraumático se ha observado peor respuesta a los tratamientos con mayores tasas de recaídas en seguimientos a 12 meses. Asimismo, pacientes con diversos trastornos (ansiedad generalizada, depresión, fobia social), muestran mayores dificultades en el control de la ira que personas sin psicopatologías. En suma, en la medida en que este problema se encuentra con tanta frecuencia en trastornos muy diferentes, y hay datos que indican su importancia en relación con la gravedad del problema, la resistencia a los tratamientos, y su impacto social, parece cuanto menos interesante valorar su presencia en cualquier trastorno mental y su incidencia en la vida del paciente.

La intolerancia a la incertidumbre (IU) se define como una reacción compleja, pues incluye al menos tres componentes (cognitivo, emocional y comportamental), que promueve importantes sesgos en el procesamiento de la información, los cuales a su vez dan lugar a valorar equivocadamente como muy amenazantes una amplia variedad de estímulos y/o situaciones, a la vez que inhibe la puesta en marcha

de recursos y capacidades de afrontamiento adaptativas. La IU se postuló inicialmente como un constructo que explicaba el *worry* o preocupación patológica, característico del trastorno de ansiedad generalizada (p. ej., Dugas, Letarte, Rhéaume, Freeston & Ladouceur, 1995). Más recientemente, McEvoy y Mahoney (2012), postulan que la IU está relacionada con una amplia gama de trastornos internalizantes y, por lo tanto, es firme candidata a ser incluida en el ámbito de las dimensiones con valor transdiagnóstico y, de manera específica, como factor de mantenimiento en los trastornos de ansiedad y depresivos. Su papel explicativo en la ansiedad generalizada está ampliamente aceptado, pero además hay evidencias claras de su role en otros trastornos diferentes, como el obsesivo-compulsivo, la fobia social, la agorafobia, el pánico y la depresión, además de su asociación con la sensibilidad a la ansiedad. McEvoy y Mahoney (2012) han examinado el posible papel mediador de la IU en las relaciones que se observan entre el neuroticismo y síntomas de diversos trastornos de ansiedad y depresivos en un grupo de 328 pacientes con diversos diagnósticos (fobia social, pánico, agorafobia, ansiedad generalizada, obsesivo-compulsivo, y depresión). Sus resultados indican no solo que existe, como ya se había constatado en otros estudios, una estrecha asociación entre altos niveles de IU y síntomas de esos trastornos, incluso cuando se controlan las puntuaciones en neuroticismo, sino además que uno de los componentes de la IU, la ansiedad anticipatoria, es la dimensión que modula o explica la asociación entre neuroticismo y síntomas de ansiedad generalizada y obsesivo-compulsivos. Por su parte, el otro componente importante de la IU, la inhibición ansiosa, explica las relaciones entre neuroticismo y síntomas de ansiedad social, pánico, agorafobia y depresión.

Por último, en este apartado cabe también incluir el amplio capítulo dedicado al estudio de las intrusiones mentales (IM), clínicamente relevantes. Clark (2005) las ha definido como un «evento cognitivo identificable y diferente de otros, que no es deseado, no es intencional y es recurrente. Interrumpe el flujo normal de pensamientos, interfiere con la realización de actividades, se asocia con afecto negativo, y es

difícil de controlar» (pág. 4). Otras características que definen estos productos mentales refieren a las valoraciones negativas e incluso inaceptables que suscitan y el hecho de que consumen una buena parte de los recursos atencionales conscientes del individuo, razón por la cual resultan distractores muy potentes e interfieren en el funcionamiento cotidiano de la persona. Además, pueden experimentarse bajo diferentes formatos: como pensamientos, impulsos a actuar, sensaciones, imágenes, o recuerdos, y como es natural pueden versar sobre contenidos muy diversos. El carácter dimensional de las IM se constata, por ejemplo, en el hecho de que constituyen experiencias prácticamente universales y no sujetas a condicionamientos culturales, como se ha puesto repetidamente de manifiesto con las IM de contenidos obsesivos (p.ej., Belloch, Morillo, Lucero, Cabedo y Carrió, 2004; Edwards y Dickerson, 1987; García-Soriano, Belloch, Morillo, y Clark, 2011; Rachman y de Silva, 1978; Salkovskis y Harrison, 1984) que son experimentadas por la gran mayoría de la población. Además, en el caso del trastorno obsesivo-compulsivo (TOC), la recurrencia de las IM y algunas de sus características esenciales (valoraciones negativas que suscitan, dificultades para controlarlas, frecuencia de estrategias utilizadas para controlarlas/eliminarlas, entre otras), se asocian con parámetros clínicos de gravedad y duración del trastorno (p.e., Morillo, Belloch y García-Soriano, 2007). El carácter y naturaleza de estas experiencias mentales se ha estudiado muy ampliamente en relación con el TOC, pero lo cierto es que su aparición e importancia clínicas van más allá de este trastorno. Ejemplos de IM con importancia clínica son, entre otros, los pensamientos automáticos negativos característicos de la depresión (Wenzlaff, 2005), las imágenes, recuerdos y sensaciones que se producen en el estrés post-traumático (Brewin, Gregory, Lipton, y Burgess, 2010), los pensamientos intrusos típicos del insomnio (Harvey, 2005), las imágenes e impulsos sexuales que experimentan los agresores sexuales (Marshall y Langton, 2005), las imágenes e impulsos relacionados con la apariencia, la dieta, el ejercicio, etc., que relatan los pacientes con trastornos de la conducta alimentaria (Perpiñá, Roncero, Belloch,

y Sanchez-Reales, 2011), las intrusiones sobre defectos físicos en el trastorno dismórfico, o los impulsos que experimentan los jugadores patológicos. Otras modalidades de IM son también las alucinaciones y algunas formas de ideación delirante, como los recuerdos, percepciones e intuiciones delirantes, o los delirios de control del pensamiento (Morrison, 2005). En todos estos casos, la corriente de pensamiento consciente de la persona se ve asaltada por pensamientos, imágenes, sensaciones, recuerdos, o impulsos a actuar que, independientemente de su contenido específico, resultan molestos, difíciles de controlar o eliminar, capturan recursos atencionales, e impactan negativamente en el estado emocional.

En los últimos años, hemos dedicado algunos esfuerzos a analizar este tipo de experiencias mentales no solo en personas con TOC (p.ej., García-Soriano et al., 2011; Morillo et al., 2007), sino también en relación con la Depresión Mayor (Giménez y Belloch, 2002) y en personas con trastornos de la Conducta Alimentaria (Perpiñá, Roncero y Belloch, 2008; Perpiñá et al., 2011). Como es natural, algunas de las características asociadas a las IM difieren en función del trastorno en que aparecen. Por ejemplo, mientras que las intrusiones obsesivas son casi siempre egodistónicas, las que experimentan las pacientes con trastornos alimentarios no siempre lo son (Belloch, Roncero y Perpiñá, 2012), pero en todos los casos su recurrencia, malestar emocional asociado, e intentos de control o neutralización, se asocian con mayores índices de gravedad del trastorno, cronicidad, y comorbilidad. En suma, pensamos que las IM constituyen una variable transdiagnóstica que merece ser examinada con amplitud y detenimiento, en la medida en que podría explicar parte de las comunalidades observadas entre los distintos trastornos en los que se manifiestan con claridad como síntoma clínicamente relevante. En este sentido, cabe recordar las elevadas tasas de comorbilidad que se producen entre el TOC y la depresión, el TOC y los trastornos de la conducta alimentaria, o entre estos últimos, el TOC y el trastorno dismórfico, así como las propuestas de un posible espectro obsesivo-compulsivo que cada vez adquieren más fuerza entre los redactores del futuro DSM-V.

### *Dimensiones de procesos mentales y comportamentales*

En este tercer grupo se puede incluir un conjunto heterogéneo de investigaciones cuyo objetivo común es el estudio de los procesos y funciones cognitivas y comportamentales básicas, como la atención selectiva o la evitación conductual. Harvey, Watkins, Mansell y Shafran (2004) han publicado la que, hasta el momento, es la revisión de estudios empíricos más amplia y sistemática sobre las interrelaciones entre procesos cognitivos y comportamentales y los trastornos que el DSM-IV incluye en el Eje I. La principal conclusión de esta revisión es que determinadas modalidades de procesamiento (sesgos atencionales, de memoria, y de razonamiento), así como procesos y/o productos de pensamiento específicos (pensamientos negativos recurrentes, creencias metacognitivas disfuncionales), comportamientos muy concretos (de evitación y de búsqueda de seguridad), y ciertas estrategias encubiertas para controlar cogniciones negativas (supresión) son comunes y muy frecuentes en una amplia gama de trastornos del Eje I. En este mismo sentido, nosotros constatamos que cuando se comparan las estrategias que utilizan pacientes con TOC, ansiosos no TOC, y deprimidos para controlar sus intrusiones mentales, únicamente el auto-castigo, pero no la supresión, podía considerarse como específica de las personas con TOC (Belloch, Morillo, y García-Soriano, 2009). En otro estudio en el que analizamos si había alguna modalidad de creencia metacognitiva específica de los pacientes TOC en comparación con Deprimidos y pacientes con trastornos de ansiedad diferentes del TOC, constatamos que independientemente del contenido de las intrusiones mentales, o de su frecuencia, no había diferencias entre los tres grupos diagnósticos en la intensidad con la que se adscribían a todas y cada una de las metacogniciones analizadas (Belloch, Morillo, Luciano, García-Soriano, Cabedo, y Carrió, 2010).

Harvey et al. (2004) concluyen su revisión afirmando que «entre los diferentes trastornos revisados hay más semejanzas que diferencias por lo que se refiere a los procesos cognitivo-conductuales que mantienen los trastornos psi-

cológicos» (p.269). Una de las razones que explica la transversalidad de esos procesos radica, precisamente, en su dimensionalidad. Por ejemplo, la atención selectiva es como se sabe un mecanismo cognitivo normal, presente en la vida mental cotidiana, resultado de las limitaciones propias del sistema cognitivo humano. Sin embargo, su funcionamiento excesivo en determinadas circunstancias (por ej., ante estímulos potencialmente amenazantes), la convertiría en disfuncional y dañina en el sentido que Wakefield (1992a, 1992b) dio a la acepción «disfunción dañina» para resaltar dos de las características nucleares de todo trastorno mental: su negatividad en relación con los valores y normas culturales, y su carencia de utilidad desde el punto de vista evolutivo.

#### UTILIDAD DEL ENFOQUE TRANSDIAGNÓSTICO

En la práctica totalidad de las publicaciones sobre la perspectiva transdiagnóstica se incide en un mismo aspecto para justificar la necesidad de adoptarla, que ya hemos mencionado en la introducción: las limitaciones e inconvenientes del enfoque diagnóstico categorial para dar cuenta de las muchas comunalidades observadas entre trastornos aparentemente diferentes, lo que entre otras cosas, explica las elevadas tasas de comorbilidad entre ellos. Este principio general es especialmente aplicable a los trastornos emocionales, pero también a los de la esfera alimentaria (Fairburn, 2008; Fairburn, Cooper, y Shafran, 2003; Milos, Spindler, Schnyder, y Fairburn, 2005). Y, si se trasciende de las categorías diagnósticas al uso, disponemos actualmente de muchas evidencias que hablan en favor de dimensiones subyacentes comunes a trastornos muy diferentes desde el punto de vista sintomatológico: el caso de las intrusiones mentales no deseadas que comentamos antes resulta especialmente ilustrativo en este aspecto. Las propuestas de diferentes espectros de trastornos que actualmente se manejan para la próxima edición renovada del DSM vienen también a reconocer en parte las limitaciones de un enfoque categorial excluyente, que en general presenta unos índices de fiabilidad

diagnóstica muy discutibles (Brown y Barlow, 2009).

Así las cosas, la tarea de reorientar el modo en el que se diagnostican los trastornos mentales parece ineludible. Y el enfoque transdiagnóstico, basado en una conceptualización dimensional de los diferentes síntomas, parece ser el candidato idóneo para tal empresa. Las ventajas de adoptar este enfoque frente al actualmente dominante son varias. Por un lado, en la medida en que los diversos síntomas se definen en términos dimensionales susceptibles de operacionalización, es posible construir instrumentos fiables y estandarizados (entrevistas guiadas, auto-informes, medidas de laboratorio, etc.) que permitan apresar en qué medida un paciente particular posee un determinado síntoma o un conjunto de ellos. Del mismo modo que sucede con los cuestionarios de personalidad al uso, disponer de este tipo de instrumentos permitiría disponer de un cuadro completo de los diversos problemas que presenta un paciente que, además, sería dibujado del mismo modo independientemente del evaluador, es decir, de su pericia o su orientación teórico-técnica. En suma, adoptar un enfoque transdiagnóstico permite mejorar el diagnóstico individual y facilita la comunicación interprofesional.

En segundo término, el enfoque transdiagnóstico permite avanzar en la comprensión de los factores etiológicos involucrados en el inicio y el mantenimiento de trastornos mentales sintomatológicamente diferentes. Esto es así porque se tienen en cuenta diversas combinaciones de variables, cuya contribución al resultado final puede ser analizada sin perder de vista las demás. Es decir, el enfoque transdiagnóstico permite comprender la comorbilidad y diagnosticarla de manera adecuada.

En tercer lugar, en la medida que se dispone de estrategias y técnicas de tratamiento eficaces para las dimensiones de síntomas (p.ej., para los comportamientos de evitación, la ira, la intolerancia a la incertidumbre, las intrusiones mentales, etc.), se pueden diseñar programas específicos de tratamiento para cada paciente individual, es decir, programas «ad hoc», adaptados a las diversas manifestaciones del malestar y, especialmente, de sus interrelaciones. Y todo ello con la seguridad de que el paciente va a recibir el mejor tratamiento disponible.

Pero al mismo tiempo, la constatación de factores comunes entre trastornos diferentes permite diseñar estrategias de tratamiento transdiagnóstico, es decir, programas de tratamiento similares o idénticos aplicables a un rango relativamente amplio de trastornos diferentes. Esta peculiaridad hace que los programas de tratamiento transdiagnóstico sean especialmente útiles para su aplicación en formato grupal, más que individual. Y, sin duda, ello puede resultar especialmente útil en contextos en los que la demanda y/o presión asistencial es muy elevada y escasos los recursos sanitarios de calidad. La dispensación de tratamientos de eficacia probada en formato grupal para pacientes que presenten elementos transdiagnósticos comunes, se convierte entonces en una excelente opción. Pero también puede serlo en aquellos otros en los que, por el contrario, la variabilidad de problemas que requieren asistencia especializada es elevada y los recursos sanitarios disponibles son escasos, o el acceso a los mismos es limitado como sucede por ejemplo en ámbitos rurales o con gran dispersión geográfica (Clark, 2009). Desde el punto de vista de la preparación formativa de los psicoterapeutas, los protocolos de tratamiento transdiagnóstico facilitan y optimizan los recursos (personales, económicos, y temporales) que hay que destinar a dicha preparación. Y si además la formación se realiza sobre la base de programas estandarizados, se facilita la puesta a prueba de la eficacia y utilidad de los tratamientos psicológicos, ya que se pueden dispensar en igualdad de condiciones a un mayor número de pacientes y problemas. Asociado a ello, y como ventaja adicional, se facilita la diseminación de los tratamientos psicológicos eficaces no solo entre los profesionales sino también entre la población general.

Otra de las ventajas potenciales del enfoque transdiagnóstico es su utilidad para el diseño de programas de detección y prevención temprana de trastornos que comparten elementos comunes. Además, el enfoque transdiagnóstico en su aplicación terapéutica debe presumiblemente disminuir o atenuar el riesgo de recaídas por un lado, y los abandonos por otro. En el primer caso, porque en la medida en que se tienen en cuenta factores comunes a síntomas diversos a

la hora de planificar y dispensar el tratamiento, el rango de problemas y sus interrelaciones que puede abarcarse es mayor, al menos en principio. Y puesto que se incide en factores comunes a diversos trastornos comórbidos, las intervenciones tendrán un impacto más importante sobre todos ellos en comparación con el que tendría un enfoque uni-trastorno. Por lo que se refiere a facilitar la adherencia terapéutica y disminuir el riesgo de abandonos, en la medida en que el programa de tratamiento se dispensa en grupo, el paciente puede sentirse menos «amenazado» o vigilado que en una relación diádica terapeuta-paciente, ya que el grupo terapéutico actúa como amortiguador de esas amenazas (Fernández-Álvarez, 2004).

Por último, la adopción de un enfoque transdiagnóstico permitiría integrar la psicopatología en los nuevos modelos de redes, que en buena medida son herederos de los principios del modelo sistémico de la clínica psicológica. Los modelos de redes están sustituyendo con mucha más rapidez de lo que cabía esperar hace unos pocos años al enfoque médico tradicional basado en órganos o aparatos diferenciados anatómica y funcionalmente. En realidad, hoy se considera que la mayoría de las enfermedades, y no solo unas pocas, son sistémicas, es decir, que afectan a muy diversos órganos y funciones de maneras diferentes, independientemente de que su origen primario se ubicara (o no) en un órgano específico, o dañara una de las funciones asignadas primariamente a ese órgano. La obesidad, el asma, los procesos neoplásicos, la diabetes, las nefropatías, las enfermedades autoinmunes, y un largo etcétera, no son ya entendibles desde una perspectiva categorial (Lemberger, 2007; Loscalzo, Kohane, y Barabási, 2007; Lusi, 2006; Perpiñá, 2010; Solé, 2009). Si esto es así para las enfermedades médicas, no parece que las psicopatologías puedan ser una excepción. Sobre todo si se piensa que, además por definición, no afectan a un órgano concreto ni «invaden» una función específica de las que lleva a cabo un ser humano. En el ámbito de la psicopatología, son todavía escasos los acercamientos a este nuevo modo de enfocar los trastornos mentales, aunque ya hay algunas propuestas sugerentes (p.ej., Bornás, 2012; Borsboom, Epskamp, Kievit, Cramer, y Sch-

mittmann, 2011; Cramer, Waldorp, van der Maas, y Borsboom, 2010). En palabras de Borsboom et al. (2011), «la combinación del modelo transdiagnóstico y los modelos de redes abre la ventana a considerar una variada y rica gama de diferencias individuales cualitativas y cuantitativas que (...) permite progresar en la comprensión y mejorar las intervenciones».

## LIMITACIONES

Las ventajas potenciales que ofrece la perspectiva transdiagnóstica frente a la tradicional representan hoy más un reto que una realidad firmemente asentada. En este sentido, cabe hacer una diferenciación entre las limitaciones o inconvenientes del enfoque transdiagnóstico desde un punto de vista de la psicopatología y, consecuentemente, del diagnóstico, y las limitaciones desde la perspectiva de la traducción de ese nuevo enfoque al tratamiento transdiagnóstico.

Uno de los riesgos importantes para la psicopatología es el de traducir, sin más cuestionamiento y de manera lineal, la idea de constelación de síntomas (y sus posibles causas) a la de un conjunto más o menos amplio de dimensiones de variables de muy diversa naturaleza, cuyo manejo puede resultar difícil no solo en la práctica sino también desde el punto de vista de la investigación. Uno de los principios básicos de la psicopatología es que los síntomas por sí solos, tomados de manera aislada, no son suficientes para establecer o descartar la presencia de un trastorno. Este mismo principio puede aplicarse a las dimensiones. La cuestión no radica únicamente en si una persona tiene mucha o poca tolerancia a la incertidumbre, por poner un ejemplo, sino en cuáles son las causas de ello, cuáles sus consecuencias, cuándo y cómo se manifiesta, con qué intensidad, hasta qué punto puede ser adaptativa o no, y sobre todo, cómo impacta en el resto de las características (dimensionales) que definen y explican el problema y/o el malestar del paciente, es decir, cómo las modula.

Desde esta perspectiva, determinar cuál es el número mínimo de dimensiones necesarias para obtener un cuadro ajustado de lo que le

sucede a un paciente, o de en qué consiste una determinada alteración o trastorno, es una tarea compleja y difícil de lograr. Además, si se quiere que las dimensiones vayan más allá de la mera descripción del status quo en un momento concreto, deben tener capacidad explicativa real y, a su vez, deben tener explicación, es decir, deben estar firmemente asentadas en supuestos teóricos empíricamente sustentados que sean clínicamente relevantes. Del mismo modo, es necesario poder determinar cuál es su papel etiológico en relación con el problema que se pretende explicar: por ejemplo, si mantiene el problema o está en el origen del mismo.

El establecimiento de puntos de corte clínicamente significativos es otro de los retos pendientes especialmente complejo, en especial cuando una buena parte de las investigaciones se basan, hasta la fecha, en muestras extraídas de la población general sin psicopatologías. Pero además, aun en el caso de que se establecieran tales puntos de corte, se plantearía un problema adicional difícil de resolver porque en cierto modo atenta contra la idea misma de multi-dimensionalidad. Si asumimos que una dimensión por si sola tiene una capacidad explicativa y diagnóstica nula o escasa, y que su mayor utilidad reside en las relaciones que puede mantener con otras dimensiones, entonces el establecimiento de puntos de corte clínicos se convierte en una tarea casi imposible de cara al diagnóstico individual.

Por lo que se refiere al trasvase desde el transdiagnóstico al tratamiento, el primer reto refiere a demostrar que es igual de eficaz o mayor que los tratamientos individuales que ya han demostrado su eficacia. Hasta el momento, hay unos pocos estudios que indican una mayor eficacia del tratamiento transdiagnóstico de corte cognitivo-conductual en comparación con lista de espera (Norton y Philipp, 2008). Más recientemente (Norton y Barrera, 2012) se ha publicado un ensayo controlado aleatorizado en el que se compara la eficacia de un protocolo transdiagnóstico de TCC con TCC focalizada. En ambos casos el tratamiento se dispensó en formato grupal y participaron 46 pacientes con trastornos de ansiedad (pánico, ansiedad social, y ansiedad generalizada). Ambos tratamientos tuvieron una duración de 12 semanas, con 1

sesión semanal de 2 horas. Los resultados de eficacia y cumplimiento terapéutico fueron comparables al finalizar el tratamiento, así como la tasa de abandonos en cada caso y la valoración de los pacientes sobre el tratamiento recibido. Este estudio, no obstante, presenta algunas limitaciones que es necesario indicar: el número total de pacientes sobre los que se dispuso de información al finalizar los tratamientos fue de 28 (16 en el grupo de transdiagnóstico y 12 en el de TCC focalizada); algunos grupos eran de solo 3 pacientes; no se incluyeron pacientes con trastornos depresivos como diagnóstico principal, y no hay datos de seguimiento. En consecuencia, el alcance y generalizabilidad de los resultados es bastante escasa, en especial por lo que se refiere a la apuesta por un protocolo unificado para trastornos emocionales, ya que en ningún caso el diagnóstico de depresión estaba formalizado como principal. El escaso número de participantes en algunos de los grupos plantea asimismo dudas sobre la consideración del tratamiento como grupal, y la carencia de datos de seguimiento no permite valorar la estabilidad de los logros terapéuticos alcanzados. En suma, es necesario disponer de más ensayos controlados que incluyan un número de pacientes considerablemente mayor así como incrementar la variabilidad diagnóstica y equiparar adecuadamente el tamaño de los grupos, además de contar con datos de seguimiento. Solo a partir de aquí podremos contar con información fiable sobre la validez incremental que supone el tratamiento transdiagnóstico frente al focalizado. Además, dada la relativamente amplia variedad de ingredientes terapéuticos que, por ejemplo, se incluyen en el protocolo transdiagnóstico del grupo de Barlow, es necesario diseñar estudios sobre desmantelamiento, con el fin de conocer cuáles de tales ingredientes resultan necesarios por su eficacia y cuáles son accesorios. Este aspecto resulta especialmente importante porque la mayor parte de los ingredientes del protocolo de Barlow et al. (2011) son los mismos que se incluyen en los tratamientos grupales de TCC específicos para distintos trastornos de ansiedad (i.e., psicoeducación, revaloración cognitiva, exposición interoceptiva y situacional, prevención de recaídas).

En otro orden de cosas, y aunque este es un problema que no afecta solo a los protocolos de tratamiento transdiagnóstico, es necesario lograr un acuerdo claro entre los profesionales acerca de qué se considera eficaz en términos de respuesta al tratamiento para cada paciente concreto y para cada trastorno o conjunto de trastornos. La eficacia de los tratamientos no depende sólo de que disminuyan o se atenúen las puntuaciones en un determinado cuestionario, en una entrevista clínica, o en la valoración o impresión clínica global que hace el clínico. Es necesario que esa disminución sea clínicamente significativa, que los instrumentos de evaluación registren verdaderamente los cambios que se esperan con el tratamiento, y que haya acuerdo sobre qué instrumentos aplicar, cuándo se deben aplicar, y quién debe hacerlo. Aunque ciertamente se ha avanzado mucho en este terreno, lo cierto es que todavía queda mucho por hacer y acordar. Basta con echar una ojeada a los trabajos que se publican incluso en revistas de alto impacto y calidad científicas para caer en la cuenta de que no siempre hacemos las cosas como deberíamos.

Por otro lado, aunque ciertamente el tratamiento transdiagnóstico de TCC se ha planteado para dispensarlo en formato grupal, sería importante disponer de información que compare sus resultados con los que habitualmente se obtienen con el formato individual de TCC. Actualmente hay abundante información sobre la elevada eficacia de la TCC para una amplia gama de trastornos de ansiedad y depresivos, y sabemos también que el formato individual de esta modalidad de psicoterapia es en general más eficaz que el grupal. En consecuencia, otra prueba importante para un protocolo transdiagnóstico sería dispensarlo en formato individual y compararlo con el tratamiento TCC individual. Por ejemplo, sabemos que la Exposición con Prevención de Respuesta, ingrediente básico de la inmensa mayoría de programas de TCC para cualquier trastorno de ansiedad (de hecho, ocupa un mínimo de 7 sesiones en el protocolo de tratamiento transdiagnóstico de Barlow et al., 2011), debe estar focalizada en los temores y preocupaciones particulares del paciente, debe dispensarse con un intervalo de tiempo lo más breve posible entre sesiones (una vez a la sema-

na y en la consulta no es lo más recomendable), y debe estar guiada por el terapeuta para que resulte verdaderamente eficaz. Además, hasta donde sabemos no ha mostrado utilidad alguna en personas con depresión. La adecuación de técnicas como ésta, de probada eficacia insistimos, a un protocolo grupal y sin tener en cuenta la idiosincrasia de cada paciente, no solo disminuirá con seguridad su eficacia sino que además no podría dispensarse en las condiciones óptimas recomendables. Y, como consecuencia, es muy posible que las comparaciones entre un protocolo de tratamiento transdiagnóstico y uno focalizado, ambos en formato grupal, den lugar a resultados comparables porque en ningún caso se está dispensando del modo adecuado.

Por último, no cabe duda de que el disponer de protocolos de tratamiento transdiagnóstico que permitan tratar a pacientes con diferentes trastornos en formato grupal, adoptando además procedimientos que han demostrado ampliamente su eficacia, es un reto y una posibilidad muy interesante y deseable, tanto para los profesionales como para los pacientes. Pero contiene, a nuestro entender, un ingrediente arriesgado que debería ser mantenido bajo estricto control: las presiones de mercado. Todos sabemos que las presiones asistenciales son muy elevadas, mientras que la disponibilidad económica, profesional, de medios, y de tiempo, es más bien escasa tanto si nos situamos en un ámbito sanitario público como en el privado. Bienvenido sea todo lo que ayude a diseminar los tratamientos eficaces en salud mental y a facilitar el acceso a los mismos a la mayor cantidad de personas que verdaderamente los necesiten. Pero sería lamentable que esto fuera una excusa para rebajar los índices de calidad de nuestros tratamientos en aras a la cantidad, y para conformarnos con disminuir nuestras exigencias a la hora de evaluar la eficacia de nuestra actividad.

## REFERENCIAS

- Aldao, A., & Nolen-Hoeksema, S. (2010). Specificity of cognitive emotion regulation strategies: A transdiagnostic examination. *Behaviour Research and Therapy*, 48, 974-983.
- Barlow, D.H., Farchione, T.J., Fairholme, C.P., Ellard, K.K., Boisseau, C.L., Allen, L.B., & Ehrenreich-May, J. (2011). *Unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders*. New York, Oxford University Press
- Belloch, A. (2010). Nuevos planteamientos: dimensiones del trastorno de la personalidad. En A. Belloch y H. Fernández-Álvarez (Dirs.), *Tratado de Trastornos de la Personalidad* (pp. 157-196). Madrid: Síntesis.
- Belloch, A., Morillo, C., y García-Soriano, G. (2009). Strategies to control unwanted intrusive thoughts: which are relevant and specific in obsessive-compulsive disorder? *Cognitive Therapy and Research*, 33, 75-89
- Belloch, A., Morillo, C., Lucero, M., Cabedo, E., & Carrió, C. (2004). Intrusive thoughts in non-clinical subjects: The role of frequency and unpleasantness on appraisal ratings and control strategies. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 11, 100-110.
- Belloch, A., Morillo, C., Luciano, J.V., García-Soriano, G., Cabedo, E. Y Carrió, C. (2010). Dysfunctional beliefs domains related to Obsessive-Compulsive Disorder: A further examination of their dimensionality and specificity. *The Spanish Journal of Psychology*, 13, 369-381
- Belloch, A., Roncero, M., & Perpiñá, C. (2012). Ego-syntonicity and Ego-dystonicity associated with upsetting intrusive cognitions. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 34, 94-106.
- Bornás, F.X. (2012). *Psicopatología y Caos*. Madrid, Bubok
- Borsboom, D., Epskamp, S., Kievit, R.A., Cramer, A.O.J., & Schmittmann, V.D. (2011). Transdiagnostic Networks: Commentary on Nolen-Hoeksema and Watkins. *Perspectives on Psychological Science*, 6, 610-614.
- Brewin, C.R., Gregory, J.D., Lipton, M., y Burgess, N. (2010). Intrusive images in psychological disorders: characteristics, neural mechanisms, and treatment implications. *Psychological Review*, 117, 210-232.
- Brown, T.A. & Barlow, D.A. (2009). A proposal for a dimensional classification system based on the shared features of the DSM-IV anxiety and mood disorders: implications for assessment and treatment. *Psychological Assessment*, 21, 256-271 .
- Clark, D. A. (2009). Cognitive Behavioral Therapy for Anxiety and Depression: Possibilities and limitations of a transdiagnostic perspective. *Cognitive Behavior Therapy*, 38, 29-34.
- Clark, D.A. (Ed.) (2005). *Intrusive thoughts in clinical disorders. Theory, research and treatment*. New York, Guilford Press.
- Clark, D. A., Beck, A. T., & Alford, B. A. (1999). *Scientific foundations of cognitive theory and therapy of depression*. New York: Wiley.
- Clark, L.A. & Watson, D. (1991). Tripartite model of anxiety and depression: psychometric evidence and taxonomic implications. *Journal of Abnormal Psychology*, 103, 103-116.

- Cramer, A. O. J., Waldorp, L. J., van der Maas, H. L. J., & Borsboom, D. (2010). Comorbidity: A network perspective. *Behavioral and Brain Sciences*, 33, 137-193.
- Di Nardo, P.A., Brown, T.A., & Barlow, D.H. (1994). *Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV: Lifetime version (ADIS-IV-L)*. New York: Graywind Publications Inc.
- Dugas, M. J., Letarte, H., Rhéaume, J., Freeston, M. H., & Ladouceur, R. (1995). Worry and problem solving: Evidence of a specific relationship. *Cognitive Therapy and Research*, 19, 109-120.
- Edwards, S. y Dickerson, M. (1987). On the similarity of positive and negative intrusions. *Behaviour Research and Therapy*, 25, 207-211.
- Fairholme, C.P., Carl, J.R., Farchione, T.J., & Schonwetter, S.W. (2012). Transdiagnostic processes in emotional disorders and insomnia: Results from a sample of adult outpatients with anxiety and mood disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 50, 522-528.
- Fernández-Álvarez, H. (2004). Terapia de grupo y trastornos de personalidad. En H. Fernández-Álvarez y R. Opazo-Castro (Eds.), *La integración en psicoterapia* (pp. 229-256). Barcelona: Paidós.
- Fairburn, C.G. (2008). Eating disorders: The transdiagnostic view and the cognitive behavioral therapy. En C. Fairburn (Ed.), *Cognitive behavior therapy and eating disorder*. New York: Guilford Press.
- Fairburn, C.G., Cooper, Z., & Shafran, R. (2003). Cognitive behaviour therapy for eating disorders: A «transdiagnostic» theory and treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 509-528.
- García-Soriano, G., Belloch, A., Morillo, C., & Clark, D.A. (2011). Symptom-dimensions in obsessive-compulsive disorder: From normal cognitive intrusions to clinical obsessions. *Journal of Anxiety Disorders*, 25, 474-482.
- Giménez, A., y Belloch, A. (2002). La opinión negativa del sí-mismo en los trastornos depresivos. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 7, 115-127.
- Harvey, A.G. (2005). Unwanted Intrusive Thoughts in insomnia. En D.A. Clark (Ed.), *Intrusive thoughts in clinical disorders. Theory, research and treatment* (pp. 86-117). New York, Guilford Press.
- Harvey, A.G., Watkins, E., Mansell, W., & Shafran, R. (2004). *Cognitive Behavioural Processes across psychological disorders: A transdiagnostic approach to research and treatment*. Oxford, Oxford University Press.
- Hofmann, S.G., Asnaani, A., Vonk, I.J.J., Sawyer, A.T., & Fang, A. (2012). The efficacy of cognitive behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Cognitive Therapy and Research*, DOI 10.1007/s10608-012-9476-1.
- Hofmann, S.G. y Smits, J.A.J. (2008). Cognitive-Behavioural Therapy for adult anxiety disorders: A meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. *Journal of Clinical Psychiatry*, 69, 621-632.
- Kaplan H. I. y Saddock B. J. (Comps.) (1996). *Terapia de Grupo*. Madrid. Médica Panamericana.
- Lemberger, T. (2007). Systems biology in human health and disease. *Molecular Systems Biology*, 3, 136.
- López-Santiago, J., y Belloch, A. (2012). El laberinto de la somatización: Se buscan salidas. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica/Spanish Journal of Clinical Psychology*, 17, 151-172.
- Loscalzo, J., Kohane, I., & Barabási, A.L. (2007). Human disease classification in the postgenomic era: a complex systems approach to human pathobiology. *Molecular Systems Biology*, 3, 124.
- Lusis, A.J. (2006). A thematic review series: systems biology approaches to metabolic and cardiovascular disorders. *Journal of Lipid Research*, 47, 1887-1890.
- MacKenzie, F. R. (2001). Group psychotherapy. En W. J. Livesley (Ed.), *Handbook of personality disorders: Theory, research and treatment* (pp. 497-526). Nueva York: Wiley
- Marshall, W.L. y Langton, C.M. (2005). Unwanted thoughts and fantasies experienced by sexual offenders: Their nature, persistence, and treatment. En D.A. Clark (Ed.), *Intrusive thoughts in clinical disorders. Theory, research and treatment* (pp. 199-225). New York, Guilford Press.
- McEvoy, P.M. & Mahoney, A.E.J. (2012). To be sure, to be sure: Intolerance to uncertainty mediates symptoms of various anxiety disorders and depression. *Behaviour Therapy*, 43, 533-545.
- McLaughlin, K.A. & Nolen-Hoeksema, S. (2011). Rumination as a transdiagnostic factor in depression and anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, 49, 186-193.
- Mental Health Foundation (2008). Boiling point report: Problem anger and what we can do about it. London: MHF.
- Milos, G., Spindler, A., Schnyder, U., & Fairburn, C. G. (2005). Instability of eating disorder diagnoses: Prospective study. *British Journal of Psychiatry*, 187, 573-578.
- Morillo, C., Belloch, A., & García-Soriano, G. (2007). Clinical obsessions in obsessive-compulsive patients and obsession-relevant intrusive thoughts in non-clinical, depressed and anxious subjects: where are the differences? *Behaviour Research and Therapy*, 45, 1319-1333.
- Morrison, A.P. (2005). Psychosis and the phenomenon of unwanted intrusive thoughts. En D.A. Clark (Ed.), *Intrusive thoughts in clinical disorders. Theory, research and treatment* (pp. 175-198). New York, Guilford Press.
- Norton, P.J. (2012). *Group Cognitive-Behavioral Therapy of Anxiety: A transdiagnostic treatment manual*. New York, Guilford Press.
- Norton, P.J. & Barrera, T.L. (2012). Transdiagnostic versus diagnosis-specific CBT for anxiety disorders: A preli-

- minary randomized controlled noninferiority trial. *Depression and Anxiety*, 29, 1-9.
- Norton, P.J. & Philipp, L.M. (2008). Transdiagnostic approaches to the treatment of anxiety disorders: A quantitative review. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 45, 214-226.
- Novaco, R. W. (2010). Anger and psychopathology. En M. Portugal, G. Stemmler, & C. Spielberger (Eds.), *International handbook of anger: Constituent, concomitant, biological, psychological and social processes* (pp. 465-513). New York: Springer.
- Owen, J.M. (2011). Transdiagnostic cognitive processes in high trait anger. *Clinical Psychology Review*, 31, 193-202.
- Perpiñá C., Roncero, M. y Belloch, A. (2008). Intrusiones sobre trastornos alimentarios en población general: desarrollo y validación del Inventario de Pensamientos Intrusos Alimentarios (INPIAS). *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 13, 187-203.
- Perpiñá, C., Roncero, M., Belloch, A., y Sanchez-Reales, S. (2011). Eating-related Intrusive Thoughts Inventory: Exploring the dimensionality of eating disorder symptoms. *Psychological Reports*, 109, 108-126.
- Perpiñá, M. (2010). Why do we look at asthma through the keyhole?. *Archivos de Bronconeumología*, 46, 433-438.
- Rachman, S.J., y De Silva, P. (1978). Abnormal and normal obsessions. *Behaviour Research and Therapy*, 16, 233-248.
- Saini, M. (2009). A meta-analysis of the psychological treatment of anger: Developing guidelines for evidence-based practice. *Journal of the American Academy of Psychiatry and Law*, 37, 473-488.
- Salkovskis, P.M., y Harrison, J. (1984). Abnormal and normal obsessions- a replication. *Behaviour Research and Therapy*, 22, 549-552.
- Solé, R. (2009). *Redes complejas. Del genoma a internet*. Barcelona: Tusquets Eds.
- Wakefield, J. (1992a). The concept of mental disorder: on the boundary between biological facts and social values. *American Psychologist*, 47, 373-388.
- Wakefield, J. (1992b). Disorder as harmful dysfunction: A conceptual critique of DSM-III-R's definition of mental disorder. *Psychological Review*, 99, 232-247.
- Wenzlaff, R.M. (2005). Seeking solace but finding despair: The persistence of intrusive thoughts in depression. En D.A. Clark (Ed.), *Intrusive thoughts in clinical disorders. Theory, research and treatment* (pp. 54-84). New York, Guilford Press.
- Wilamowska, Z.A., Thompson-Hollands, J., Fairholme, C., Ellard, K., Farchione, T., & Barlow, D.H. (2010). Conceptual background, development, and preliminary data from the Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of emotional disorders. *Depression and Anxiety*, 27, 882-890.