

Aproximación **transdiagnóstica** en salud mental: implicaciones en la **evaluación**, diagnóstico y **tratamientos** psicológicos

Las investigaciones psicopatológicas siguen confirmando la existencia de mecanismos asociados con la etiología y/o mantenimiento de distintos trastornos o grupos de trastornos, lo que justifica una mirada dimensional y transdiagnóstica de los trastornos mentales. Estos avances han permitido desarrollar clasificaciones diagnósticas alternativas, nuevos instrumentos de evaluación y propuestas de tratamiento innovadoras y coste-efectivas. En este artículo describiremos estos avances y las ventajas que suponen para la psicología clínica actual.

La conceptualización de los trastornos mentales como entidades discretas y diferenciadas entre sí, conocida como enfoque categorial (Brown & Barlow, 2009) (pregunta: ¿lo tengo o no lo tengo?), ha permitido disponer de manuales diagnósticos (p.ej., DSM-5-TR; [American Psychiatric Association, 2022] o CIE-11 [World Health Organization, 2018]), entrevistas diagnósticas (p.ej., ADIS-5; Brown & Barlow, 2014), instrumentos de evaluación específicos (p.ej., Y-BOCS; Goodman et al., 1989) para el trastorno obsesivo-compulsivo) y, además, el desarrollo de tratamientos psicológicos basados en la evidencia para cada una de las etiquetas diagnósticas identificadas que, por cierto, cada vez son más. Es evidente que cómo conceptualizamos los trastornos mentales influye directamente en su evaluación, diagnóstico y tratamiento psicológico. A pesar de los avances conseguidos gracias a este sistema de clasificación, esta manera categorial de entender los trastornos mentales no refleja la realidad que observamos en las consultas

donde, una gran parte de las personas que atendemos presentan distintos trastornos a la vez, es en estos casos, cuando existe comorbilidad diagnóstica, donde todas las herramientas que hemos creado, entrevistas, manuales, cuestionarios y tratamientos, no nos sirven completamente.

Afortunadamente, en los últimos años, son muchos los avances que se han logrado respecto a la conceptualización de los trastornos mentales, los cuales han hecho posible superar las limitaciones del enfoque categorial y proponer enfoques alternativos con una visión más dimensional (pregunta: ¿cuánto tengo?) o híbrida, entre los que destacan el enfoque transdiagnóstico (Brown & Barlow, 2009).

El enfoque transdiagnóstico plantea un cambio de visión de los trastornos mentales, tratando de identificar los mecanismos que comparten, en lugar de los que los diferencian (Brown & Barlow, 2009), de esta manera es posible entender la comorbilidad (Harvey et al., 2004). Desde este enfoque, los mecanismos transdiagnósti-



cos son aquellos que se relacionan con la etiología y/o mantenimiento de distintos trastornos o grupos de trastornos. Pongamos algunos ejemplos, en relación con **distintos trastornos** dentro de una misma categoría diagnóstica, un claro ejemplo es el de los trastornos de la conducta alimentaria. A la comunidad científica y clínica les llamaba la atención el fenómeno de migración diagnóstica en este grupo de trastornos, algunas personas que tenían diagnóstico de anorexia nerviosa evolucionaban posteriormente a un diagnóstico de bulimia nerviosa, volviendo tiempo después a la anorexia nerviosa (Agras et al., 2000). Y la cuestión que surge aquí es, aunque los síntomas de estos trastornos puedan diferir, ¿hay mecanismos compartidos relacionados con la etiología y mantenimiento de todos ellos? El investigador Christopher G. Fairburn y su equipo identificaron 4 mecanismos comunes en los trastornos de la conducta alimentaria: (1) la intolerancia a las emociones (elevado neuroticismo); (2) la baja autoestima; (3) el perfeccionismo; y (4) las dificultades interpersonales (Fairburn et al., 2003). La importancia de identificar estos mecanismos radica en la posibilidad de diseñar tratamientos que incluyan técnicas psicológicas dirigidas a modificar estos mecanismos y no a los síntomas específicos de cada trastorno. Otro ejemplo lo tenemos en la propuesta dimensional de los trastornos de la personalidad. En los anexos del DSM-5-TR (American Psychiatric Association, 2022) se describe el modelo alternativo híbrido categorial-dimensional de este grupo de trastornos, híbrido porque mantiene la categoría diagnóstica de trastornos de

la personalidad, pero dimensional porque la clasificación incluye dos dimensiones principales y varias subdimensiones o mecanismos transdiagnósticos que las componen: [1] *Deterioro del funcionamiento personal* (identidad, autodirección, empatía e intimidad) y [2] *Rasgos de personalidad patológicos* (afectividad negativa, desapego, antagonismo, desinhibición y psicoticismo). El perfil dimensional que puede obtenerse tras la evaluación de estos mecanismos puede aportar información clínica relevante para diseñar el tratamiento psicológico con independencia de las etiquetas diagnósticas o síntomas específicos de cada trastorno de personalidad.

Ahora, con relación a **grupos de trastornos** de diferentes categorías diagnósticas, tenemos un claro ejemplo con los denominados trastornos emocionales (en adelante TE; Bullis et al., 2019). El grupo de TE incluye los trastornos de ansiedad, del estado de ánimo y otros relacionados como los trastornos de estrés y trauma, obsesivo-compulsivos, alimentarios, somatomorfos o disociativos (Bullis et al., 2019). Brown y Barlow (2009) plantean un modelo híbrido dimensional-categorial formado por un nivel de orden superior en el que se encuentran las variables de vulnerabilidad temperamentales, neuroticismo y extraversión, y un nivel de orden inferior en el que se encuentran las dimensiones características de los TE: [1] Estado de ánimo (depresión y manía); [2] Foco de ansiedad (somática, activación fisiológica, social, relacionada con el trauma y relacionada con pensamientos intrusivos); y [3] Evitación. Por otra parte, la literatura científica ha puesto de manifiesto la existencia

de un conjunto de mecanismos transdiagnósticos que se relacionan con la etiología y mantenimiento de los TEs, entre los que destacan: neuroticismo, extraversión, perfeccionismo, intolerancia a la incertidumbre, sensibilidad a la ansiedad, preocupación, rumiación, evitación y falta de atención plena (Rosellini & Brown, 2014). La identificación de estos mecanismos es determinante para desarrollar tratamientos psicológicos que se focalicen en tratar estos mecanismos, la hipótesis tras este enfoque es que los tratamientos centrados en mecanismos podrían ser más eficaces que aquellos centrados únicamente en síntomas (Sauer-Zavala et al., 2017).

El enfoque transdiagnóstico en la clasificación y diagnóstico de los TEs es muy relevante dado que este grupo de trastornos es el más prevalente en la sociedad (Institute for Health Metrics and Evaluation, 2023).

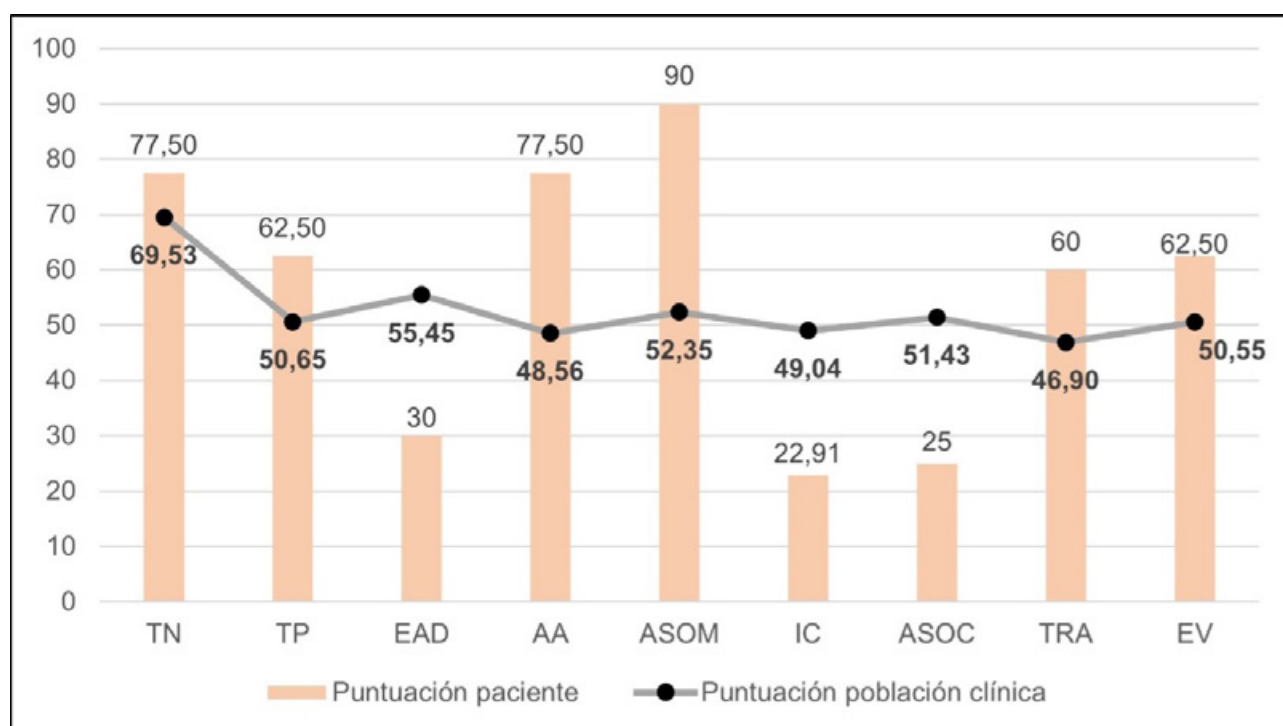
Evaluación dimensional de los trastornos mentales

Todo el conocimiento acumulado sobre la fenomenología transdiagnóstica y clasificación dimensional ha despertado interés en el diseño y validación de nuevos instrumentos de evaluación que permitan evaluar las dimensiones de las nuevas clasificaciones o bien los mecanismos transdiagnósticos. Como ejemplo práctico, destacamos el Inventario Mul-

tidimensional de los TEs (MEDI, por sus siglas en inglés; Rosellini & Brown, 2019)), que evalúa nueve dimensiones transdiagnósticas del modelo híbrido dimensional-categorial de Brown y Barlow (2009) (a excepción de la manía), a través de 49 ítems (incluyendo 4 de los mecanismos transdiagnósticos compartidos por los TEs: neuroticismo, extraversión, sensibilidad a la ansiedad y evitación) (Brown & Barlow, 2009) y permite obtener un perfil de las dimensiones fundamentales de los TEs, sin la necesidad de administrar cuestionarios específicos para cada una de ellas (Quilez-Orden et al., 2023) (ver Figura 1). Nuestro equipo de investigación ha traducido al castellano y validado el MEDI en personas sin diagnóstico clínico (Osma et al., 2021) y en personas con diagnóstico principal de TEs (Osma et al., 2023) atendidos en los servicios de salud mental especializada de nuestro Sistema Nacional de Salud (SNS). Más esfuerzos serán necesarios en el futuro para diseñar nuevos instrumentos que evalúen las dimensiones y/o mecanismos transdiagnósticos identificados en distintos trastornos mentales o grupos de trastornos.

Hasta el momento hemos mencionado el impacto en la evaluación y diagnóstico de los nuevos modelos dimensionales y transdiagnósticos en salud mental, pero ¿han tenido impacto estos modelos en los tratamientos psicológicos?

Figura 1. Ejemplo de perfil del MEDI obtenido para una paciente.



Nota: TN: Temperamento Neurótico; TP: Temperamento Positivo; EAD: Estado de Ánimo Deprimido; AA: Activación Autónoma; ASOM: Ansiedad Somática; IC: Intrusiones Cognitivas; ASOC: Ansiedad Social; TRA: Reexperimentación Traumática; EV: Evitación. Las puntuaciones directas se han ponderado a una escala de 0-100.

Tratamientos psicológicos transdiagnósticos basados en el abordaje de mecanismos transdiagnósticos

El enfoque transdiagnóstico ha derivado también en el diseño de distintas intervenciones psicológicas. Una de ellas, quizá la primera, fue la desarrollada por el Dr. Fairburn y colaboradores denominada “La terapia cognitivo-conductual mejorada para los trastornos de la conducta alimentaria” (Fairburn, 2008). Esta intervención cognitivo-conductual está estructurada y manualizada para ser aplicada en 4 fases. *La primera* se dedica a la construcción de un marco de confianza para la terapia y las directrices para el tratamiento y se incluyen técnicas como la motivación para el cambio, la formulación del caso, la psicoeducación, pesarse en sesión y regular la ingesta (8 sesiones en 4 semanas). *La segunda*, considerada una fase de transición se trabaja la revisión del progreso, identificar barreras para el cambio, revisar la formulación del caso y se planifica la fase 3 (2 sesiones en 2 semanas). *La tercera*, es donde se trabaja el contenido principal del tratamiento, es decir, el abordaje de los mecanismos que mantienen el trastorno como la idea sobrevalorada de la figura y el peso o la restricción alimentaria, entre otros, además,

se incluye el trabajo en intolerancia emocional relacionada con las conductas mantenedoras de la patología alimentaria (8 sesiones en 8 semanas). Por último, *la fase cuarta*, se centra en asegurar que los cambios obtenidos se mantengan a largo plazo y en minimizar el riesgo de recaídas (3 sesiones en 6 semanas). Además, el/la terapeuta en función de la formulación del caso puede añadir a estas fases módulos adicionales centrados en: perfeccionismo, autoestima y problemas interpersonales.

A continuación, mencionaremos una de las intervenciones transdiagnósticas que más atención ha despertado entre clínicos/as e investigadores/as desde que se publicaron sus manuales en 2011 (primera edición), nos referimos a la diseñada por el equipo del Dr. David H. Barlow en la Universidad de Boston, conocida como “Protocolo Unificado para el Tratamiento Transdiagnóstico de los Trastornos Emocionales” (en adelante PU; Barlow et al., 2011). Esta intervención cognitivo-conductual está fundamentada en los conocimientos teóricos descritos anteriormente y se ha diseñado para poder abordar los mecanismos transdiagnósticos asociados a la etiología y mantenimiento de los TEs (Bullis et al., 2019) a través del entrenamiento en 5 habilidades de regulación emocional (Barlow et al., 2011) (ver Tabla 1).

■ **Tabla 1:** Listado de constructos transdiagnósticos y técnicas de regulación emocional asociadas a los mismos incluidas en el PU (adaptado de Kennedy y Barlow, 2017).

Constructos transdiagnósticos	Habilidades de regulación emocional incluidas en el PU (módulos de la 2ª Edición; Barlow et al., 2018)
Falta de atención plena (mindfulness)	Técnicas de atención plena sin juzgar (módulo 3)
Interpretaciones y atribuciones negativas: rumiación, preocupación, intolerancia a la incertidumbre y perfeccionismo	Técnicas de flexibilidad cognitiva (módulo 4)
Evitación	Identificar conductas emocionales y elegir conductas opuestas o alternativas (módulo 5) y técnicas de exposición emocional (módulo 7)
Sensibilidad a la ansiedad	Técnicas de exposición interoceptiva (módulo 6)

Esta intervención, además de las habilidades que se describen en la Tabla 1 incluye el módulo 1 de establecimiento de objetivos y motivación para el cambio, el módulo 2 sobre psicoeducación emocional y análisis funcional de las experiencias emocionales y el módulo 8 de prevención de recaídas (Barlow et al., 2018), por tanto, el PU está formado por 8 módulos de intervención. En su formato individual de intervención, en general, puede aplicarse en un rango de entre 12 y 16 sesiones de 60 minutos cada una. En su formato grupal, nuestro grupo ha desarrollado una adaptación de 12 sesiones de 2 horas de duración para entre 6-8 parti-

cipantes y con la participación de terapeuta y coterapeuta (Osma et al., 2018).

A través del entrenamiento en estas habilidades de regulación emocional, se espera que la persona pueda tolerar las emociones intensas que le generan malestar sin perder de vista sus objetivos y valores personales. Hasta el momento, distintas revisiones sistemáticas y estudios de metaanálisis han demostrado que el PU es un tratamiento altamente eficaz para el tratamiento de los TE, también cuando se aplica en formato grupal (Carlucci et al., 2021; Cassiello-Robbins et al., 2020; Sakiris & Berle, 2019; Schaeuffele et al., 2024). Nuestro grupo, desde

que publicó en 2015 el primer estudio piloto en España sobre la utilidad clínica y aceptabilidad del PU en grupo en nuestro SNS (Osma et al., 2015), ha mantenido de manera continuada la línea de investigación sobre la coste-eficacia e implementación del PU en contextos públicos o del tercer sector (p.ej., unidades de conductas adictivas, atención primaria, unidades hospitalarias especializadas, unidades de salud mental especializadas, servicios sociales, cárceles, asociaciones de pacientes, entre otras). Destacamos un estudio desarrollado en unidades de salud mental españolas donde se demostró que la aplicación grupal e intensiva (12 sesiones en 3 meses) del PU es más coste-efectiva que el tratamiento habitual (sesiones individuales cada 2 meses) (Peris-Baquero et al., 2022).

Ventajas de la aproximación transdiagnóstica en el abordaje de los trastornos mentales

Son múltiples las ventajas que la aproximación transdiagnóstica ofrece, especialmente cuando las evaluaciones e intervenciones psicológicas se van a implementar en servicios públicos o asociaciones con pocos recursos. Destacamos algunas de ellas, respecto a la evaluación, utilizar instrumentos dimensionales o transdiagnósticos supone un importante *ahorro de tiempo* dado que podemos evaluar las dimensiones y mecanismos que subyacen a los trastornos mentales con un reducido número de ítems, en lugar de evaluar el conjunto de síntomas específicos. Esta ventaja se hace más evidente cuando la persona evaluada presenta comorbilidad pudiendo focalizar la evaluación en las dimensiones y mecanismos compartidos en lugar de en cada grupo específico de síntomas. Si atendemos a personas que presentan distintos trastornos mentales donde no siempre es sencillo esta-

blecer el diagnóstico principal o de mayor malestar e interferencia, ¿qué criterios utilizamos para decidir la intervención psicológica más adecuada? Nuevamente, las intervenciones transdiagnósticas ofrecen la ventaja de poder *tratar a personas con comorbilidad con la misma intervención* sin tener que aplicar tratamientos específicos para cada etique-

ta diagnóstica de manera secuencial. También permiten tratar a personas con *síntomas subclínicos o no especificados*. Además, si utilizamos formatos de intervención coste-efectivos como la terapia grupal, sea presencial u online, podemos *organizar grupos terapéuticos con mayor rapidez* dado que no hay que esperar a tener a 8 personas con el mismo diagnóstico. Con este formato, podemos *atender a 6-8 personas a la vez* beneficiándose todas con independencia del trastorno o trastornos que presenten. En relación con esta ventaja y con el hecho de que estas intervenciones, en su mayoría, estén estructuradas y manualizadas, permite que sea mucho *más sencillo y económico formar y supervisar a terapeutas* en una intervención transdiagnóstica que en los distintos tratamientos específicos para cada etiqueta diagnóstica. En consecuencia, *facilita también evaluar la fidelidad* con la que los terapeutas aplican la intervención, asegurando así la adecuada implementación de las intervenciones. Por último, las intervenciones transdiagnósticas basadas en el entrenamiento de habilidades de regulación emocional son muy versátiles y permiten adaptar los contenidos según [a] los fines que se desean alcanzar, por ejemplo prevención universal o indicada o tratamiento (Ferrerres-Galán et al., 2022; Martínez-Borba et al., 2022; Socías-Soler et al., 2024), [b] las distintas patologías, por ejemplo, a personas con TE y trastornos del espectro psicótico (Grasa et al., 2023; Peláez et al., 2024) o con adicciones (Navarro-Haro et al., 2025), [c] a diferentes contextos donde se aplicará las intervenciones, por ejemplo, servicios sociales, asociaciones de pacientes o unidades públicas de salud mental especializadas (Osma et al., 2023; Peris-Baquero & Osma, 2023) y, [d] en función del contexto se pueden adaptar en longitud e intensidad, por ejemplo, formatos breves de 5 u 8 sesiones grupales con sesiones semanales para atención primaria (Peris-Baquero et al., 2025).

Todas estas ventajas contribuyen a que las intervenciones psicológicas transdiagnósticas basadas en la evidencia puedan diseminarse a mayor escala pudiendo alcanzar a un mayor número de personas que lo necesitan.

Bibliografía

