

# **TRANSDIAGNÓSTICO: EL NUEVO GIRO DE LA SALUD MENTAL**

**Por: Ps. Mg. Aspirante a PhD Andrés Gamba Peña**

## **RESUMEN**

La salud mental se ha convertido en los últimos años en un tema de constante reflexión e investigación, lo cual ha dado paso a un creciente número de estudios, teorías, tratamientos y cuestionamientos sobre lo que en antaño se consideraba como válido, sin embargo, esta proliferación de conocimiento ha generado que voces pseudocientíficas y miradas con poco sustento empírico, se propaguen como verdades ciertas, convirtiendo la psicopatología en un campo de arenas movedizas, en donde no se sabe cuándo una teoría posee rigor científico y cuando lo único que tiene es una notable labor de mercadeo y publicidad. No obstante, en este incierto mundo de la salud mental, aparecen ocasionalmente nuevos avances que en principio resultan prometedores, revolucionarios y con argumentos científicos que respaldan sus hallazgos, como es el caso del enfoque transdiagnóstico.

De esta forma, el presente escrito busca realizar una mirada reflexiva sobre esta nueva forma de comprender los trastornos mentales, presentando inicialmente una radiografía sobre la psicología clínica y las comprensiones de salud mental que han protagonizado en el último siglo, posteriormente se explicara el enfoque transdiagnóstico, acompañado de las evidencias empíricas que se han construido alrededor de este modelo, presentando fortalezas y limitaciones en su aplicación, para finalmente analizar cuál será el futuro probable de este nuevo enfoque.

### **Psicología clínica: Una guarida de gigantes sin alma**

Construir una teoría que explique la salud mental, no solo implica para su autor un logro científico, también trae consigo publicación de libros y artículos, presentación de conferencias, ponencias y programas de formación para quienes buscan aplicar este nuevo método, lo cual, permite reflexionar como detrás de un nuevo conocimiento, no siempre existe un propósito ético y científico, sino la posibilidad de captar beneficios económicos y mediáticos, lo cual ha convertido la psicología clínica en un campo donde muchas veces es más importante desarrollar una teoría o tratamiento, antes que verificar de manera rigurosa si realmente es eficaz en aquello que busca resolver, al parecer, el objetivo en ocasiones no es avanzar como ciencia, sino proponer soluciones “mágicas”, convirtiendo este campo del conocimiento en una guarida de gigantes sin alma.

Esta crítica a la proliferación de conocimiento sin respaldo científico, permite esbozar la primera conclusión de este escrito, reconociendo que es importante que la psicología clínica amplíe las descripciones y explicaciones de los fenómenos humanos, haciendo un énfasis especial en la comprensión de lo psicopatológico, sin embargo estos avances se deben realizar con procedimientos estandarizados que cumplan de forma precisa los criterios científicos (Sandín, 2012). Sin embargo, cuando estos avances no ocurren o su progreso se realiza de forma lenta, es frecuente que emerjan diferentes tendencias pseudocientíficas, pseudofilosóficas y pseudoepistemológicas, que usualmente se caracterizan por tener nombres rimbombantes que les sirve para tener una enorme carga mediática, pero con un pobre sustento científico y una limitada cantidad de investigaciones empíricas, razón por la cual,

Sandín (et al. 2012, p. 181), afirma: “es similar a lo que ocurre cuando un campo de trigo se inunda de malas hierbas, siendo algunas de estas muy vistosas y atractivas”.

### **Psicopatología: El arte de enfermar al enfermo**

Desde los primeros estudios sobre enfermedades mentales, ha existido un enfrentamiento entre el enfoque dimensional y el enfoque categorial, ganando la gran mayoría de veces este último, debido a su practicidad, sin embargo, esta victoria ha estado empañada de múltiples críticas, como el alto nivel de comorbilidad que se presenta en su aplicación práctica y el aumento significativo de trastornos mentales. Sin embargo, la pregunta que surge es ¿qué es el enfoque categorial?, a lo cual, se puede mencionar que es una forma específica de comprender la psicopatología, donde se busca establecer diferencias radicales entre los trastornos mentales, más que encontrar puntos en común entre cada fenómeno psicopatológico, razón por la cual, desde este enfoque se promueve el desarrollo de entidades nosológicas<sup>1</sup> que delimiten claramente una enfermedad mental de otra (Morian & Martínez, 2011), no obstante, los límites entre un trastorno y otro, pueden llegar a ser tan difusos, que en ocasiones se termina híper-diagnosticando a los pacientes, encontrado que los profesionales en salud mental, han desarrollado sin darse cuenta, un peligroso arte que consiste en enfermar al enfermo.

De esta forma la aceptación generalizada por el enfoque categorial en el campo científico, ha generado una premisa que marco el derrotero de la psicopatología en el último siglo, donde Clark, Beck, & Alford (1999) la exponen de la siguiente forma: “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”; situación que ha llevado a que las teorías y diagnósticos que tienen mayor aceptación de la comunidad científica, son aquellos que establecen diferencias concretas y en ocasiones únicas en cada trastorno mental, donde el modelo cognitivo se ha convertido en el mayor representante de la psicología (Clark, 2009); situación que permite dilucidar la segunda conclusión de este escrito y es que la tendencia a centrarse en trastornos específicos, ha llevado a estudiar de manera aislada diferentes psicopatologías y a construir técnicas específicas que dicho sea de paso, han resultado efectivas.

Ahora bien, esta forma específica de comprender los trastornos mentales como entidades únicas y diferentes de otras, ha generado una paradoja en los programas de intervención, especialmente en la prescripción de fármacos, encontrando que trastornos aparentemente diferentes como la depresión y el trastorno obsesivo compulsivo, incluyen de forma preocupante, casi los mismos medicamentos, lo que demuestra que en algún punto, existen conexiones que por décadas pasaron desapercibidas (Belloch, 2012). Sin embargo, la psicología clínica no ha quedado exenta de esta incongruencia, encontrando un aumento indiscriminado de diagnósticos con varios trastornos en un mismo paciente, lo que lleva a

---

<sup>1</sup> La nosología es una disciplina encargada de describir, explicar, diferenciar y clasificar las diferentes enfermedades físicas o mentales.

reflexionar si cada psicopatología es diferente, porque se entrecruzan frecuentemente, al respecto se señalan algunas estadísticas que sustentan esta afirmación, como los estudios realizados por Sandín (2014) quien afirma que un número importante de pacientes que presentan un diagnóstico en el Eje I, presentan también otro trastorno en este mismo Eje, cifras que fueron sustentadas por Clark, Watson, & Reynolds (1995), quienes identificaron diagnósticos con dos o más trastornos en distimia con un 65%, depresión mayor con una tasa del 59%, anorexia nerviosa con 77%, trastorno obsesivo compulsivo con un alarmante 96% y abuso de sustancias psicoactivas con un 80%.

Por esta razón, se presenta a continuación cuatro de las principales desventajas del enfoque categorial, las cuales buscan explicar porque existen diagnósticos con varios trastornos en un mismo paciente (Sandín, Chorot, & Valiente, 2012).

1. En ocasiones se diagnostica de manera errónea varios trastornos, cuando en realidad los síntomas reflejan solo uno. Ejemplo: trastornos con sintomatología similar como la fobia social de tipo generalizado y el trastorno de personalidad de evitación pueden confundirse y diagnosticarse de manera simultánea.

2. Algunos trastornos están asignados a categorías diagnósticas incorrectas. Ejemplo: Se ha sugerido que el trastorno de estrés postraumático deje de estar en la categoría de trastornos de ansiedad y se ubique en la categoría de trastornos disociativos, debido a que gran cantidad de sus síntomas corresponden a disociación, despersonalización y desapego.

3. Existen síntomas comunes a varios trastornos. Ejemplo: en el DSM-IVR varios síntomas de depresión coinciden con los síntomas de ansiedad.

4. Algunos trastornos podrían ser complicaciones o consecuencias de otros trastornos. Ejemplo: la depresión puede ser una consecuencia secundaria de un trastorno de pánico.

A consecuencia de estas fisuras en el enfoque categorial, el campo de la salud mental no solo ha presentado una excesiva comorbilidad en los diagnósticos, sino un aumento dramático de nuevos trastornos en los diferentes manuales diagnósticos, situación que se evidencia en la evolución del DSM, véase *tabla 1*, donde se encuentra como a partir del DSM III (momento en el cual, se le da a este manual una orientación conductual – cognitiva), se ha venido presentando un explosión de trastornos mentales nuevos, lo que demuestra un interés por clasificar y diferenciar las psicopatologías, como estrategia para que la psicología clínica y la psiquiatría se perciban más científicas y maduras frente a otras disciplinas.

**Tabla 1. Evolución del DSM**

<b>Versión</b>	<b>Año</b>	<b># de trastornos</b>	<b># de paginas</b>
<b>DSM I</b>	1952	106	130
<b>DSM II</b>	1968	137	134
<b>DSM III</b>	1980	182	494
<b>DSM IV</b>	1994	220	886
<b>DSM V</b>	2013	216	947

**Nota: Cuadro construido a partir de información suministrada por Sandín B. (2013)**

De esta forma, se puede señalar como tercera conclusión de este escrito, que estos quiebres que se identifican en el enfoque categorial, están generando una revolución que hasta ahora inicia dentro de la salud mental y es el empezar a comprender que la diferencia, al parecer no es la regla y que las similitudes entre la etiología de diferentes psicopatologías es una realidad que no se puede seguir dejando de lado, para simplemente categorizarse como "comorbilidad", así que es preciso empezar a identificar estos puntos de encuentro, por lo que el modelo transdiagnóstico se convierte en un camino valido para empezar esta revolución.

### **Transdiagnóstico: Definición**

El modelo transdiagnóstico fue propuesto inicialmente por Fairburn, Cooper, & Shafran (2003) en un estudio realizado sobre trastornos alimenticios, definiendo una forma de diagnosticar e intervenir a partir de lo que conectaba ciertas enfermedades mentales, reconociendo que todos los trastornos de alimentación, compartían síntomas relacionados con sobrevaloración de la comida, atención sobre el peso corporal, desarrollo de dietas, etcétera; así como otros síntomas compartidos solo por algunos trastornos alimentarios como perfeccionismo e intolerancia emocional. Tiempo después Norton (2012), realizo un estudio comparativo entre ansiedad y depresión, encontrando un síntoma en común, denominado afecto negativo; instaurando en el campo científico el modelo transdiagnóstico, como una nueva forma de comprender los fenómenos humanos.

Por consiguiente, se considera que el transdiagnóstico es una estrategia de comprensión, diagnóstico e intervención, que busca establecer la relación existente entre diferentes trastornos y fenómenos psicopatológicos, partiendo de la premisa que existen procesos cognitivos, emocionales, conductuales y fisiológicos comunes o compartidos por familias de trastornos; reconociendo a un trastorno mental como transdiagnóstico, cuando está relacionado etiológicamente con otras enfermedades; motivo por el cual, se busca establecer similitudes etiológicas (génesis o mantenimiento) entre diferentes grupos de psicopatologías, con el propósito de construir protocolos de intervención que puedan llegar a ser efectivos para diferentes problemas mentales. Razón por la cual, el modelo transdiagnóstico busca cambiar el paradigma con el que se comprende la psicopatología, dejando de centrarse en lo específico y diferente de cada trastorno, para colocar atención en lo común y similar que pueden llegar a tener grandes grupos de enfermedades mentales, colocándose como reto investigativo,

explicar el alto índice de comorbilidad que se encuentra actualmente en los diagnósticos de psicopatologías (Sandín, et al. 2012).

### Transdiagnóstico: Evidencias científicas

Presentar la enorme cantidad de evidencia empírica que se ha realizado en el modelo transdiagnóstico, resultaría una tarea dispendiosa, por este motivo, se presenta a continuación con una intención netamente pedagógica, lo que se podría considerar como los principales hallazgos de investigación realizados en este modelo, clasificando la evidencia empírica en tres grupos (Belloch, et al. 2012), los cuales son:

Primer grupo – Trastornos emocionales (depresión y ansiedad): El grupo de Barlow es quien ha trabajado con mayor rigurosidad en este campo, quienes afirmaron que existe entre un 30% a 50% de similitud en los síntomas de depresión y ansiedad.

Segundo grupo – Estrategias para regular emociones (perfeccionismo, sensibilidad a la ansiedad, ira, pensamiento rumiativo, preocupación): Autores como Owen (2011), McLaughlin & Nolen-Hoeksema (2011) son algunos de los representantes de este grupo, encontrando como estrategias emocionales de tipo disfuncional, pueden ser parte de la etiología (origen) de varias enfermedades mentales, así como algunas de estas estrategias, también cumplen un factor predictivo en la evolución del paciente, véase *tabla 2*.

**Tabla 2. Estrategias emocionales de tipo disfuncional que cumplen el criterio transdiagnóstico**

Dimensión	Trastornos mentales que comparten el síntoma
<b>Perfeccionismo</b>	Presente en psicopatologías tan diferentes como trastornos de alimentación, trastornos de personalidad obsesiva compulsiva, trastornos del desarrollo, trastornos de ansiedad y algunos tipos de depresión.
<b>Sensibilidad a la ansiedad</b>	Ansiedad, depresión y sueño
<b>Ira</b>	Trastornos de personalidad límite, antisocial, narcisista, así como trastorno de estrés postraumático, depresión en adolescentes y adultos.  <i>En trastornos de estrés postraumático, aumenta la probabilidad de desertar de los tratamientos y recaída en menos de un año, convirtiéndose en una dimensión no solo etiológica, sino predictiva.</i>
<b>Pensamiento rumiativo</b>	Trastornos de alimentación, trastornos depresivos y trastornos ansiosos.  <i>No solo está presente en depresión y ansiedad, sino que su aparición en alguno de estos trastornos, incrementa la posibilidad que en el corto plazo se desarrolle el otro trastorno, cumpliendo no solo una función etiológica, sino predictiva.</i>

---

**Preocupación****patológica**

Ansiedad, depresión, fobia social, agorafobia, pánico y TOC

**(worry)**

---

Tercer grupo – Procesos psicológicos (atención, memoria, pensamiento, razonamiento): Las investigaciones en este grupo, han evidenciado como formas específicas de procesar la información, a través de procesos psicológicos como atención selectiva, sesgos de memoria, pensamiento negativo recurrente o sesgos de expectativa en la razón, son parte de la etiología de un inmenso número de psicopatologías; analizando que los procesos psicológicos al ser utilizados todo el tiempo por los seres humanos, se encuentran presentes de diferentes formas, en casi todos los trastornos mentales conocidos.

**Transdiagnóstico: Fortalezas**

El modelo transdiagnóstico, si bien no busca resolver todos los dilemas que atraviesa la psicopatología moderna, si tiene como intención, ayudar a solucionar y comprender algunas problemáticas que actualmente influyen en la evolución de los pacientes, adherencia a los tratamientos y posibilidad de tener una mejor calidad de vida, entre sus principales fortalezas se encuentra (Belloch, et al. 2012).

Manejo adecuado de la comorbilidad: El fenómeno de comorbilidad deja de ser un punto de quiebre o ruido para la comprensión de las enfermedades mentales, como ocurre con las terapias específicas y se convierte en un punto de anclaje y comprensión de la etiología de las diferentes psicopatologías. Situación que permite reconocer la comorbilidad y diagnosticarla de manera más adecuada, con el propósito de construir programas de intervención a la medida de cada persona, adaptándose a la individualidad que caracteriza la enfermedad mental y no buscando que el paciente sea quien se ajuste a un protocolo previamente estandarizado.

Reducir el número de enfermedades mentales que existen actualmente: Se cuenta con una enorme cantidad de estudios científicos, que permite tener evidencias empíricas acerca de dimensiones compartidas en diferentes psicopatologías, lo que convierte el modelo transdiagnóstico, en una realidad que actualmente se presenta en la salud mental. Situación que permite deducir que el transitar a una mirada dimensional de la psicopatología, podría reducir significativamente la gran cantidad de trastornos existentes y establecer un conjunto de dimensiones básicas, con el propósito de colocar más énfasis en la gravedad del trastorno

La salud mental puede estar al alcance de todos: En lugares donde la atención mental no puede abarcar a toda la población, el modelo transdiagnóstico permite agrupar pacientes con etiologías similares, permitiendo un mayor avance en la evolución del tratamiento. Así mismo, el entender las

patologías de forma dimensional, buscando establecer síntomas etiológicos en grandes grupos de trastornos, puede resultar una tarea más fácil de comprender, debido a que no se necesitaría aprender un infinito número de protocolos de atención para cada una de las enfermedades mentales existentes, sino que requeriría comprender protocolos dimensionales, en donde cada uno puede impactar a familias de trastornos, lo cual ayudaría a la formación rápida de profesionales, permitiendo optimizar recursos personales y económicos que podrían influir en un incremento de profesionales altamente capacitados.

### **Transdiagnóstico: Limitaciones**

Es importante reconocer que el modelo transdiagnóstico no es el “Santo Grial” o la “Piedra Filosofal” que buscaban los alquimistas y que tenía el poder de resolver casi todo; el modelo transdiagnóstico es simplemente una forma diferente a las que usualmente se utilizan para comprender, diagnosticar e intervenir las enfermedades mentales, razón por la cual, se presentan algunas limitaciones que tiene y podría llegar a desarrollar, sino se asume en su justa medida.

Considerar que el modelo transdiagnóstico es la solución a los problemas de la salud mental moderna: Es importante comprender que este nuevo modelo simplemente es una forma diferente de clasificar y abordar psicopatologías, pero definitivamente no resolverá los grandes quiebres que existen en este campo, para ello se requiere una serie de medidas políticas, económicas, ajuste de normatividades, revisión de programas de entrenamiento a los profesionales, fácil acceso a centros de salud mental, etcétera.

Asumir que el modelo transdiagnóstico debe reemplazar el enfoque categorial: Resultaría impertinente afirmar de manera tajante que el enfoque categorial (forma clásica de asumir las enfermedades mentales) es totalmente deficiente. Esta afirmación no tendría un argumento sólido, debido a que las diferentes disciplinas que han centrado sus avances en el enfoque categorial, como es el caso del modelo cognitivo, no contarían con el reconocimiento que tiene en la comunidad científica; de esta forma, es importante señalar que el enfoque categorial ha resultado eficaz para las necesidades de la psicopatología, así mismo cuenta con una importante evidencia empírica que respalda sus teorías e incluso protocolos de atención específicos como la terapia cognitiva para la depresión de Beck, han resultado igual o más eficaces que la sola implementación de fármacos. De esta forma, se deduce la existencia de innumerables investigaciones que demuestran como los tratamientos categoriales (uni-trastorno), son altamente efectivos, así que el modelo transdiagnóstico deberá con los años aumentar sus estudios para demostrar una mayor efectividad.

Sesgo en las investigaciones: La gran mayoría de investigaciones con las que cuenta el modelo transdiagnóstico, se han realizado con población adulta, lo cual, genera dificultad para generalizar sus resultados a otro tipo de poblaciones, como infantes y adolescentes.

### **Transdiagnóstico: Su futuro**

El modelo transdiagnóstico, no busca reemplazar los protocolos de intervención actuales que se centran en el abordaje de psicopatologías específicas, encontrado que su interés es complementar este tipo de intervenciones, con el fin de aumentar la efectividad de los resultados, razón por lo cual, Sandín (et al.2012), afirma que una forma adecuada de usar este modelo, sería empezar a construir programas de tratamiento que tenga dos etapas; la primera podría ser transdiagnóstica y la segunda específica. Así mismo, se ha encontrado que el modelo transdiagnóstico presenta un formato que se ajusta mejor a la intervención grupal, dando paso a la intervención específica como una ruta válida para la intervención individual.

Por otro lado, el adoptar un modelo transdiagnóstico, implicaría adentrarse al modelo de redes, al cual, están ingresando las diferentes disciplinas de la salud; dejando de analizar síntomas, trastornos o enfermedades de manera aislada, sino comprender los fenómenos de manera sistémica, entendiendo que un malestar físico o mental afecta diversas áreas del individuo, reconociendo la complejidad de los fenómenos humanos. Esto permite pensar que probablemente los futuros manuales de diagnóstico, presentaran síntomas generales, con el propósito de tener miradas amplias de la enfermedad mental y síntomas específicos, con el objetivo de hacer diferentes miradas sobre la psicopatología.

### **Referencias**

- Belloch, A. (2012). Propuestas para un enfoque transdiagnóstico de los trastornos mentales y del comportamiento: evidencia, utilidad y limitaciones. *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 17(3), 295-311.
- Clark, D. (2009). Cognitive behavioral therapy for anxiety and depression: possibilities and limitations of a transdiagnostic perspective. *Cognitive behavior therapy*(38), 29-34.
- Clark, D., Beck, A., & Alford, B. (1999). Scientific foundations of cognitive theory and therapy of depression.
- Clark, L., Watson, D., & Reynolds, S. (1995). Diagnosis and classification of psychopathology: challenges to the current system and future directions. *Annual review of psychology*(46), 121-153.
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., & Shafran, R. (2003). Cognitive behaviour therapy for eating disorders: a "trans-diagnostic" theory and treatment. *Behaviour research and therapy*(41), 509-528.
- McLaughlin, K. A., & Nolen-Hoeksema, S. (2011). Rumination as a transdiagnostic factor in depression and anxiety. *Behaviour research and therapy*(49), 186-193.

- Moriana, J. A., & Martínez, V. A. (2011). La psicología basada en la evidencia y el diseño y evaluación de tratamientos psicológicos eficaces. *Revista de psicopatología y psicología clínica*(16), 81-100.
- Norton, P. J. (2012). Transdiagnostic group CBT for anxiety disorder: efficacy, acceptability, and beyond. *Revista de psicopatología y psicología clínica*(17), 205-217.
- Owen, J. M. (2011). Transdiagnostic cognitive processes in high trait anger. *Clinical psychology review*(31), 193-202.
- Sandín, B. (2012). Transdiagnóstico y psicología clínica: introducción al número monográfico. *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 17(3), 181-184.
- Sandín, B. (2013). DSM-5: ¿cambio de paradigma en la clasificación de los trastornos mentales? *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 18(3), 255-286.
- Sandín, B. (2014). El transdiagnóstico como nuevo enfoque en psicología clínica y psiquiatría. *Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace*(111), 9-13.
- Sandín, B., Chorot, P., & Valiente, R. (2012). Transdiagnóstico: nueva frontera en psicología clínica. *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 17(3), 185-203.