

El transdiagnóstico como nuevo enfoque en psicología clínica y psiquiatría

Transdiagnostic as a new approach in clinical psychology and psychiatry

Aunque la psicopatología, la psicología clínica y la psiquiatría han experimentado un gran desarrollo durante las últimas décadas, en algunos aspectos este desarrollo es más ficticio que real. Las dos primeras disciplinas básicamente se han centrado en delimitar o mejorar modelos y terapias ya asentadas en periodos anteriores, maximizando los desarrollos (teorías psicopatológicas y protocolos de terapia cognitivo-conductual) únicamente desde la perspectiva centrada en trastornos específicos (disorder-specific theories or protocols). En lo que concierne a la psiquiatría ha ocurrido algo similar, aunque desde un punto de vista diferente, al estar dominada prácticamente por los postulados, metodología y asunciones de la moderna psiquiatría biológica (p.ej., búsqueda infructuosa de genes o circuitos cerebrales específicos para cada trastorno mental). Por otra parte, cabría decir que el especial auge que están experimentando los enfoques terapéuticos basados en la filosofía oriental (p.ej., la terapia basada en *mindfulness* y la denominada terapia de aceptación y compromiso), tal vez refleje, más que una aportación real, el estancamiento de la psicología clínica y la psiquiatría, o la incapacidad de estas de avanzar y progresar como disciplinas científicas. Estas terapias, al carecer de una base y fundamentación científica consistente, suelen cobijarse bajo el paraguas de la terapia cognitivo-conductual (TCC) para, de este modo, adquirir un estatus de enfoque científico y a la vez despojarse en cierta medida de su característico tufillo filosófico. Aunque estas “nuevas” técnicas de terapia psicológica podrían tener cierta utilidad como terapias alternativas tanto en psicología clínica como en psiquiatría, aparte de su incorrecta presentación como terapias cognitivo-conductuales, tal vez uno de los principales focos de confusión ha sido su etiquetación como terapias de “tercera generación” (o de “tercera ola”). Al margen de lo desafortunado del nombre de “tercera ola” (la ciencia no es cuestión de modas), para que pueda darse una nueva generación en la terapia cognitivo-conductual, esta debe suponer un desarrollo y avance teórico demostrado sobre la terapia de segunda generación (terapia cognitivo-conductual) y ser más eficaz que esta última (o conseguir resultados terapéuticos similares con un coste significativamente inferior). Sin embargo, el problema no es únicamente que ninguna de estas dos condiciones se cumpla con estas “nuevas” terapias, sino que incluso tales terapias son más complejas de aplicar y sus resultados terapéuticos son claramente inferiores a los de la terapia cognitivo-conductual (Goyal et al., 2014; Öst, 2008).

Uno de los mayores problemas asociados al enfoque centrado en trastornos específicos es el de la elevada comorbilidad entre los trastornos mentales (el número de trastornos mentales diagnosticables ha venido creciendo desde la publicación del DSM-III) (Sandín, 2013). La evidencia sobre las tasas de comorbilidad entre los trastornos mentales indican que la ocurrencia de trastornos comórbidos es más la norma que la excepción. Se han aportado datos que indican que muchos pacientes con un diagnóstico de algún trastorno del Eje I (según el sistema multiaxial previo al DSM-5) padecen también algún otro trastorno

(comórbido) de este mismo eje. Por ejemplo, se han informado a este respecto tasas entre el 59 % y el 96 % de diagnósticos secundarios asociados a trastornos primarios de anorexia nerviosa, trastorno obsesivo-compulsivo, trastornos depresivos (trastorno depresivo mayor y distimia) y adicción a las drogas. Un aspecto importante ha sido observar que parecen existir ciertos patrones de comorbilidad, de tal modo que determinados trastornos suelen exhibir tasas de comorbilidad particularmente elevadas de forma selectiva con algunos trastornos, pero no con otros. Por ejemplo, más de la mitad de los pacientes diagnosticados de depresión también presentan al menos un trastorno de ansiedad, y viceversa. Así mismo, la comorbilidad de la depresión no es uniforme con los distintos trastornos de ansiedad, ya que es claramente superior con el trastorno de ansiedad generalizada (Sandín, Chorot y Valiente, 2012). También suele ser elevada la comorbilidad entre los síntomas de ansiedad y depresivos (Sandín, Chorot, Valiente y Chorpita, 2010). El fenómeno de la comorbilidad ha motivado la búsqueda de alternativas más consistentes para la descripción y tratamiento de los trastornos mentales.

El enfoque centrado en trastornos específicos ha llevado en los últimos años a desarrollos importantes sobre trastornos concretos, tales como el trastorno de pánico, el trastorno de ansiedad generalizada, el trastorno depresivo mayor, la fobia social, etc. Junto al desarrollo de modelos específicos para cada trastorno, se han diseñado también técnicas específicas de tratamiento cognitivo-conductual, que han demostrado niveles elevados de eficacia. No obstante, aunque existen protocolos de terapia cognitivo-conductual muy efectivos y validados empíricamente para muchos tipos de trastornos específicos (p.ej., para la mayoría de los trastornos de ansiedad), estos tratamientos no suelen abordar de forma directa los aspectos comunes a estos trastornos (es decir la comorbilidad). Por ello, sería de gran relevancia la búsqueda de alternativas no centradas en trastornos específicos que pudiesen servir para abordar los aspectos comunes o comórbidos de grupos de trastornos mentales. Este nuevo enfoque ha sido referido en la literatura como transdiagnóstico –para una revisión, véase Belloch, 2012; Sandín et al., 2012; véase también el reciente número monográfico dedicado a este tema por la Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, Vol. 18(3), 2012–; aplicado a la terapia cognitivo-conductual, ha sido definido como una forma de terapia destinada a los individuos que presentan múltiples diagnósticos y cuyo tratamiento no precisa basarse en el conocimiento de esos diagnósticos para ser efectivo (Mansel, Harvey, Watkins y Shafran, 2009). El tratamiento transdiagnóstico se ha caracterizado por focalizarse en los procesos cognitivos, conductuales y fisiológicos que son comunes o compartidos por los trastornos mentales, o por grupos de trastornos mentales (p.ej., los trastornos emocionales). Supone, así mismo, la adopción de un enfoque científico convergente e integrativo (Mansel et al., 2012). Muchos de los precursores del transdiagnóstico psicopatológico (A. Ellis, A. T. Beck, J. Wolpe, etc.) lo han sido también de la TCC transdiagnóstica. Estos autores, aunque aplicaban la terapia en términos específicos (unidiagnóstico), se basaron en procesos transdiagnósticos, tales como los errores del pensamiento, los sesgos interpretativos o el condicionamiento. Si los procesos transdiagnósticos ya han estado presentes en la psicopatología y la TCC, cabría preguntarnos qué es lo nuevo en el enfoque del transdiagnóstico. Como sugieren Mansel et al. (2009), lo que caracteriza la perspectiva transdiagnóstica es que a partir de ella se formaliza una nueva manera de entender los trastornos mentales.

La perspectiva transdiagnóstica fue propuesta por primera vez por Fairburn, Cooper y Shafran (2003) para los trastornos alimentarios. Estos autores definieron un enfoque psico-

patológico transdiagnóstico de los trastornos alimentarios, así como también un modelo de tratamiento transdiagnóstico de los mismos. Así, por ejemplo, Fairburn et al. propusieron que existían ciertos mecanismos psicopatológicos nucleares comunes a todos los trastornos alimentarios, tales como la sobrevaloración de la comida o el peso, las dietas y otras conductas de control del peso, etc.; los cuales interaccionaban con otros procesos más genéricos como el perfeccionismo, la baja autoestima, la intolerancia emocional y las dificultades interpersonales. Los autores propusieron un tratamiento de TCC transdiagnóstica centrado tanto en la modificación de la psicopatología nuclear (sobrevaloración de la comida, etc.) como en el cambio de los procesos más genéricos (mediante módulos de tratamiento focalizados en cada uno de los procesos –perfeccionismo clínico, intolerancia emocional, etc.). Un año más tarde, el grupo de Norton (véase Norton, 2012) llevó a cabo en 2004 el primer ensayo clínico aleatorizado aplicando TCC transdiagnóstica (en formato grupal) a un grupo heterogéneo de pacientes con trastornos de ansiedad y depresión. Norton partió de la premisa transdiagnóstica de que existía una patología nuclear común a través de todos los trastornos de ansiedad (p.ej., el afecto negativo). En esta misma línea, a partir de 2010, el grupo de Barlow ha aportado datos preliminares sobre la eficacia de su “protocolo unificado” de TCC transdiagnóstica (Ellard et al., 2010), y el grupo de Titov (2012) ha referido evidencia empírica sobre la eficacia del tratamiento transdiagnóstico dispensado a través de internet.

El transdiagnóstico constituye una nueva perspectiva en psicología clínica y psiquiatría, y debe entenderse desde dos puntos de vista complementarios, i.e., desde el punto de vista psicopatológico y desde el punto de vista del tratamiento. El primero se focaliza en la descripción y explicación de procesos cognitivos, conductuales y fisiológicos, y en factores psicopatológicos comunes y unificadores de los diferentes trastornos mentales (véase Mansel et al., 2009). La perspectiva psicopatológica transdiagnóstica permite entender los trastornos mentales desde una óptica más dimensional, a partir de la convergencia de diferentes procesos psicológicos comunes a conjuntos de trastornos (diagnósticos) (Sandín et al., 2012). La TCC transdiagnóstica posibilita, así mismo, un tratamiento más integrado y holístico de los trastornos mentales, al centrarse y aplicar los procesos psicopatológicos transdiagnósticos que son comunes a varios trastornos. Desde mi punto de vista, y en contra de lo que han supuesto algunos autores al respecto, una característica importante del transdiagnóstico consiste en que no presupone la ausencia de diagnóstico, y justifica la clasificación de los trastornos mentales según enfoques mixtos dimensionales y categoriales (Sandín, 2013). No cabría hablar de transdiagnóstico si no se asumiera algún sistema de diagnóstico de los trastornos mentales. Un reto futuro importante del transdiagnóstico, aparte de demostrar su eficacia y efectividad, consistirá en explicar qué trastornos y por qué pueden organizarse sobre la base de determinados mecanismos o procesos psicopatológicos transdiagnósticos. Así mismo, también será preciso explicar por qué los trastornos mentales se presentan en formas diferenciadas, cuando en realidad comparten los mismos principios o procesos cognitivos y/o conductuales. A este respecto, los procesos genéricos referidos por Mansel et al. (2009), i.e., procesos relacionados con la atención (p.ej., atención selectiva), la memoria (p.ej., sesgos en memoria explícita), el razonamiento (p.ej., sesgos de expectativa), el pensamiento (p.ej., creencias metacognitivas negativas) y la conducta (p.ej., evitación) podrían no estar implicados de igual modo en los diferentes trastornos mentales. Similarmente, una posible explicación podría consistir en que, como sugirieron Barlow, Allen y Choate (2004), existen factores de

vulnerabilidad generales y específicos, siendo los primeros, comunes a grupos de trastornos; y los segundos, propios de una categoría determinada de trastornos. Por ejemplo, las similitudes entre todos los trastornos de ansiedad podrían explicarse a través del factor general de afectividad negativa y de vulnerabilidad psicológica general (p.ej., la percepción de incontrolabilidad), mientras que la especificidad de los mismos podría venir determinada por la evaluación negativa o catastrofista de aspectos particulares asociada a experiencias de aprendizaje (p.ej., en el trastorno de pánico podría asociarse a la evaluación negativa de las sensaciones somáticas, tales como taquicardia, respiración dificultosa o mareos). Es decir, además de los factores generales comunes también existen factores psicopatológicos específicos de cada trastorno, razón por la cual el transdiagnóstico no debe entenderse como una perspectiva alternativa a los tratamientos focalizados en trastornos específicos, sino como un tratamiento paralelo o complementario. El número de factores y procesos psicopatológicos transdiagnósticos es amplio (véase Sandín et al., 2012), y pueden combinarse de forma diferente según grupos de trastornos.

La aplicación del transdiagnóstico en psicología clínica permitirá maximizar un anhelo en parte perdido en las dos últimas décadas, i.e., que los psicólogos lleven a cabo de forma efectiva análisis, evaluaciones y terapias basados en los principios de la psicología científica (aprendizaje, psicología cognitiva, etc.), y no tanto en corrientes filosóficas de moda, aplicables en campos y formatos diversos (grupal, familiar, niños y adolescentes, prevención, etc.). Así mismo, el transdiagnóstico tiene grandes implicaciones y aplicaciones en el campo de la psiquiatría; por ejemplo, para determinar los fármacos que puedan ser eficaces para grupos de trastornos basados en mecanismos comunes subyacentes. En este sentido, cabe resaltar la ingente cantidad de estudios y financiación económica dedicados en las últimas décadas a la búsqueda infructuosa de genes o circuitos cerebrales y otros biomarcadores específicos para trastornos mentales específicos. Se me antoja pensar que, al menos hoy, este es un camino estéril. Por ejemplo, aunque la depresión tiene una elevada base biológica, no existe un sistema biológico característico de la depresión; en cambio, síntomas como el insomnio o la baja motivación, que están presentes en otros trastornos además de la depresión, sí pueden implicar a ciertos neurocircuitos y neuroquímica cerebrales. Por otra parte, no solo la depresión sino también la gran mayoría de los trastornos mentales son trastornos heterogéneos y multifactoriales que implican diversos endofenotipos y exofenotipos, y la relevancia de los exofenotipos implica salir de las limitaciones que imponen los circuitos cerebrales y penetrar en otros fenómenos psicológicos y psicosociales más integradores. Para finalizar, me gustaría decir que, aunque “no hay nada nuevo bajo el sol”, cabría afirmar con Heráclito de Éfeso que “el sol es nuevo cada día”, y el transdiagnóstico es sin duda una nueva ventana que se nos abre hoy para el avance científico de la psicopatología, la terapia cognitivo-conductual y la psiquiatría.

Prof. Bonifacio Sandín
Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED),
Facultad de Psicología. Madrid.
Consejo Asesor Cuadernos
bsandin@psi.uned.es

REFERENCIAS

- Barlow, D.H., Allen, L.B., & Choate, M.L. (2004). Toward a unified treatment for emotional disorders. *Behavior Therapy*, 35, 205-230.

-
- 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, 295-311.
- Ellard, K.K., Fairholme, C.P., Boisseaux, C.L., Farchione., & Barlow, D.H. (2010). Unified protocol for the transdiagnostic treatment of emotional disorders: Protocol development and initial outcome data. *Cognitive and Behavioral Practice*, 17, 88-101.
- 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.
- Goyal, M., Singh, S., Sibinga, E.M.S., Gould, N.F., Rowland-Seymour, A., Sharma, R., & Haythornthwaite, J. a. (2014). Meditation programs for psychological stress and well-being: A systematic review and meta-analysis. *JAMA International Medicine*, 17, 357-368.
- Mansell, W., Harvey, A., Watkins, E., & Shafran, R. (2009). Conceptual foundations of the transdiagnostic approach to CBT. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 23, 6-19
- Norton, P.J. (2012). Transdiagnostic group CBT for anxiety disorder: Efficacy, acceptability, and beyond. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 17, 205-217.
- Öst, L.G. (2008). Efficacy of the third wave of behavioral therapies: A systematic review and meta-analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 46, 296-321.
- Sandín, B. (2013). DSM-5: ¿Cambio de paradigma en la clasificación de los trastornos mentales? *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 18, 255-286.
- Sandín, B., Chorot, P., y Valiente, R.M. (2012). Transdiagnóstico: Nueva frontera en psicología clínica. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 17, 185-203.
- Sandín, B., Chorot, P., Valiente, R.M., & Chorpita, B.F. (2010). Development of a 30-item version of the Revised Child Anxiety and Depression Scale. *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 15, 165-178.
- Titov, N, Dear, B., Johnston, L., & Terides, M. (2012). Transdiagnostic internet treatment for anxiety and depression. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 17, 237-260.