



Editorial

**Transdiagnóstico y dimensionalidad en el estudio
psicopatológico**

Transdiagnosis and dimensionality in psychopathological study

Humberto García Penedo¹  

¹Universidad de La Habana, Facultad de Psicología. La Habana, Cuba.

Recibido: 20/7/2022
Aceptado: 15/8/2022

Las comorbilidades psicopatológicas se han tornado la regla^(1,2,3) y es ya escaso encontrar personas aquejadas de un trastorno único y, por otro lado, la evolución psicopatológica tiende a mudar de un trastorno a otro en muchos casos; la complejidad de esto dificulta el acuerdo entre los especialistas.⁽³⁾ Este hecho, entre otras razones, ha permitido la emergencia del transdiagnóstico, el cual surge a raíz de la búsqueda de la medicina de precisión:⁽⁴⁾ un reclamo a personal médico de la necesidad de ganar mayores precisiones diagnósticas de enfermedades somáticas.

Se le atribuye a Fairburn el origen del término *transdiagnóstico*, el cual sería utilizado en el ámbito de los trastornos de conducta alimentaria y responde a insatisfacciones de los especialistas respecto a la taxonomía tradicional.⁽⁵⁾ A inicios de los años setenta surgían las investigaciones sobre criterios diagnósticos movidas por el interés de encontrar un lenguaje común entre los profesionales de la psicopatología ante el creciente auge de diversas orientaciones tanto por la comprensión de los trastornos como por sus respectivas propuestas de intervención.^(2,6)



Este enfoque científico posibilita una integración entre los enfoques categorial y dimensional, apoyándose en una perspectiva básicamente dimensional, representa una innovación en salud mental de gran calado teórico de la que se derivan importantes implicaciones a nivel interdisciplinar y permite que se superen dificultades del modelo taxonómico y enlazar con la fenomenología, más interesada en captar estructuras esenciales o núcleos experienciales de los fenómenos.⁽⁵⁾ Surge al constatarse la existencia de un número reducido de procesos comunes a muy diversos trastornos.⁽⁸⁾ Es sabida la imperfección de la taxonomía vigente, en la que se aprecian limitaciones de los enfoques categoriales para diagnosticar en psicopatología.⁽⁹⁾

El movimiento transdiagnóstico se ha concretado en tres vertientes:

1. El enfoque transdiagnóstico (2003).⁽²⁾
2. Los Criterios de Dominios de Investigación (2009) (RDoC, en inglés: *Research Domain Criteria*).⁽⁶⁾
3. La taxonomía jerárquica de la psicopatología (2015) (HiTOP, en inglés: *Hierarchical Taxonomy of Psychopathology*).¹⁰

Sobre el enfoque transdiagnóstico, y de acuerdo a *Dalgleish* y otros,⁽²⁾ hay siete retos para el paradigma diagnóstico tradicional los cuales son:

1. *Los procesos biopsicosociales subyacentes son transdiagnósticos*: El diagnóstico refleja la realidad subyacente del entorno, o sea, que el prototipo de la enfermedad mental emerge de la interacción de variables biológicas, psicológicas, conductuales y culturales.
2. *El espacio del síntoma es dimensional*: Ante la dicotomía de presencia o ausencia, a pesar de que existen diagnósticos sobre la gravedad de un trastorno -tales como ligero, moderado severo-, hay casos donde hasta un simple síntoma puede ser considerado como negación del trastorno, pero desde lo dimensional los trastornos debe ser vistos en un *continuum*
3. La excesiva comorbilidad y la pobre discriminación entre trastornos supuestamente diferentes.
4. *La enorme heterogeneidad dentro de un mismo diagnóstico*: Pacientes que son diagnosticados de presentar un mismo diagnóstico suelen sufrir diferente cantidad y calidad de síntomas, tal es el caso del Trastorno Depresivo Mayor (TDM) o el del Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT).



5. *Captura incompleta de los síntomas:* Plantean que existen más de 280 test que evalúan la depresión y lo hacen utilizando decenas de ítems. Se escogieron siete instrumentos de los más utilizados que exploran la depresión y se encontró la existencia de 52 ítems diferentes que evalúan este trastorno, comparado con apenas los nueve criterios registrados en el DSM-5.
6. *La plasticidad fenotípica a través del desarrollo y del curso de la vida:* Los problemas de salud mental pueden transformarse a lo largo del desarrollo y del curso de la vida. Así, los individuos pueden satisfacer criterios para diferentes diagnósticos o presentar diferencias dentro del mismo diagnóstico a lo largo del tiempo, por ejemplo, moviéndose entre la ansiedad y el desorden depresivo unipolar.
7. *La intervención clínica conducida por el diagnóstico:* La mayoría de los tratamientos en salud mental de todo tipo en realidad parecen ser efectivos a lo largo de un rango de población clínica; esto sucede lo mismo para medicamentos como los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) para tratar diversas alteraciones como para prácticas psicoterapéuticas efectivas también para diversos trastornos. Muchos terapeutas prefieren optar por procedimientos eclécticos de mayor expansión de su efectividad.

La dimensionalidad es en esencia la propuesta concreta del transdiagnóstico y es horizontal frente a la verticalidad de las categorías nosológicas. Se sustentan en manifestaciones psicopatológicas compartidas por trastornos psicopatológicos diversos. Según Kotov y otros,⁽²⁾ se reconocen diversas dimensiones:

1. *Evitación experiencial:* Se refiere a la evitación de ciertos eventos privados desagradables (sentimientos, pensamientos, y otros), lo que es común a disímiles trastornos.
2. *Sensibilidad a la ansiedad:* Es el miedo a las sensaciones interoceptivas de ansiedad o activación y se relaciona con la creencia de que estas señales implican peligro u otras consecuencias temidas.
3. *Intolerancia a la incertidumbre:* Es la tendencia a reaccionar de forma negativa a situaciones percibidas como inciertas que el sujeto intenta evitar.
4. *Síndrome de afecto negativo:* Es un nivel elevado de afectividad negativa, se entiende como estructura dimensional de vulnerabilidad para los trastornos de ansiedad y depresivos, equivale a la llamada neuroticidad.
5. *Perfeccionismo:* Proceso transdiagnóstico que supone un factor de riesgo para los trastornos alimentarios, de ansiedad y depresivos, entre otros. Se refiere a un perfeccionismo muy elevado, con significación clínica.



6. *Rumiación*: Pensamientos repetitivos y persistentes sobre sucesos vividos, se piensa en errores, conflictos y fracasos, etc., que impactan negativamente en el estado de ánimo, lo que favorece la aparición, mantenimiento o agravamiento de los síntomas depresivos.
7. *Control de la ira*: Emoción básica presente como síntoma en trastornos de la personalidad del clúster B y en síndromes del eje I como el trastorno por estrés postraumático (TEPT) o la depresión.
8. *Intrusiones mentales*: Eventos cognitivos recurrentes que interfieren con la actividad del sujeto, consumiendo buena parte de sus recursos atencionales.

Se le atribuye a *Achenbach*,⁽¹¹⁾ la clasificación de los trastornos en internalizantes y externalizantes, lo que implica otra dimensión. El factor internalizante se compone a la vez de dos subfactores que son el distrés y el temor. El distrés se identifica por variables como el episodio depresivo mayor, la distimia y el trastorno de ansiedad generalizada (TAG); mientras que el temor se identifica con desórdenes de pánico y varios tipos de fobias. Al externalizante lo ilustran como manifestaciones de trastornos de personalidad y trastornos por abuso de sustancias.⁽¹⁾

En adicciones a drogas, y para comprender mejor el ansia por el consumo, un grupo de autores desglosó tres factores en la validación de constructo de un instrumento: el afecto displacentero, el placentero y las pistas y pensamientos,⁽¹²⁾ de gran valor para comprender desde la afectividad qué estimula el consumo en las personas afectadas. El primero de estos tres resultó relevante y desde lo fenomenológico coincide con la dimensión afecto negativo, de gran utilidad para abordar los casos en el diagnóstico y en la intervención.

En el área asistencial a pacientes cubanos con adicciones, se encontró un grupo de comorbilidades predominantes, entre las cuales se halló la ansiedad muy asociada al trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de estrés postraumático, trastorno de somatización,⁽¹³⁾ y se concluyó que desde lo dimensional hay una fuerte asociación entre trastornos de ansiedad y adicción al alcohol. Similares hallazgos tendrían lugar años más tarde en la misma institución.^(14,15)

Entre quienes padecen alteraciones de nivel neurótico existen muchos elementos en común desde lo dimensional, lo que permite que muchos casos puedan ser abordados con fármacos comunes, lo mismo ocurre en el abordaje psicoterapéutico.^(16,17) Las estrategias psicoterapéuticas ahora se enfocan en grupos con diversas patologías de nivel neurótico pero que comparten, desde lo dimensional los mismos mecanismos psicopatológicos y se benefician comúnmente de la asistencia.

El afecto negativo ha resultado una dimensión muy valiosa para considerarlo en el diagnóstico psicopatológico. Al respecto, hay dos consideraciones. La primera, que puede ser evaluado como negatividad y confrontado a la vez con una medida de la positividad del mismo individuo.⁽¹⁸⁾ Es una perspectiva muy útil no solo para profundizar



el diagnóstico en aras de personalizarlo, sino también para individualizar el tratamiento. La segunda reflexión propone la confrontación psicométrica negatividad *versus* positividad se fundamenta en el principio aditivo de las emociones,⁽¹⁹⁾ y en el efecto deshacer de las emociones positivas sobre los estragos que tiende a generar la negatividad.⁽²⁰⁾

En cuanto a los criterios de dominios de investigación, a inicios del 2009 el Instituto Nacional de Salud Mental (NIMH) lanzó el proyecto Criterios del Ámbito de la Investigación (RDoC) (del inglés *Research Domain Criteria*) para implementar el Objetivo 1.4 de su recién publicado plan estratégico. Conforme a la misión del NIMH, se pretende “transformar la comprensión y el tratamiento de las enfermedades mentales a través de la investigación básica y clínica”. El RDoC se concibió para: “Desarrollar, para propósitos de investigación nuevas vías de clasificación de los trastornos mentales en base a dimensiones observables de la conducta y mediciones neurobiológicas”.^(2,6)

Esta propuesta ya tenía sus antecedentes y se declara desde un inicio más radical aún que el transdiagnóstico, ya que renuncian al uso de las categorías nosológicas tradicionales (pero como sus fines son investigativos, ello le resta riesgo, al no emplearse en otras esferas del ejercicio profesional). Representa un primer paso que conduzca hacia una medicina de precisión en el área de la salud mental. Una de las conclusiones de este enfoque es que la mejor manera de crear una clasificación experimental para los trastornos sería prescindir de cualquier definición *a priori* de los estados de enfermedad.

El RDoC es una infraestructura epistémica que refleja la complejidad de la salud mental en seis dominios supraordinales y se compone de cuatro ejes mayores: el neurodesarrollo, los efectos ambientales (trauma y estresores), el eje que incluye cinco dominios: sistemas de valencia positiva, sistemas de valencia negativa, sistemas cognitivos, sistemas para procesos sociales, sistemas modulador-activador y sistema sensorio motor. Cada uno dividido en un número de constructos y subconstructos, por ejemplo, el sistema de valencia negativa incluye constructos tales como amenaza aguda, amenaza sostenida y pérdida, los cuales pueden ser investigados en diferentes unidades de análisis, incluyendo genes, moléculas, células, circuitos, fisiología, conductas, autorreportes y paradigmas.⁽²⁾ El cuarto eje consiste en medidas que pueden ser usadas para medir los constructos agrupados en varias unidades de análisis que van desde los genes a circuitos y a conducta.

Lejos de buscar categorías nosológicas, el RDoC busca correlacionar dimensiones. De acuerdo a *Krishnan*,⁽²¹⁾ se requiere integrar la información biomédica, pues plantea la limitación de las taxonomías actuales en medicina y psiquiatría en cuanto a validez y utilidad y, por ello, no están diseñadas para predecir tratamiento o pronosticar, sino desde una amplia e indefinida moda, entre otros argumentos que esgrime para fundamentarlo.

En cuanto al HiTOP (Hierarchical Taxonomy of Psychopathology), este modelo organiza la psicopatología en una estructura jerárquica multinivel que de cierta manera tiene en



cuenta el paradigma categorial para organizar trastornos psicopatológicos pero lo trata de conciliar con una perspectiva dimensional que representa una añadidura a la clasificación y a la vez un cambio distintivo del paradigma taxonómico tradicional. Estructuras jerárquicas conectan al fenómeno representando varios niveles de especificidad. Una dimensión más amplia en un nivel puede descomponerse en dimensiones más específicas en niveles inferiores.

Al organizar los trastornos psicopatológicos según un paradigma jerárquico vertical, en la medida que un componente se ubica en un lugar más alto de la representación se encausa hacia el espectro y de este hacia el superespectro. De ese modo reflejan su principal característica distintiva, por ello se les conoce como modelos jerárquicos.^(22,23,24)

Aun cuando en esencia no haya cambio, estos modelos van a variar en dependencia de los espectros y superespectro de la psicopatología que elijan para ser clasificados. De ese modo se identifican el modelo HiTOP para el superespectro de las psicosis⁽¹⁰⁾ y el diseñado para el superespectro de las disfunciones emocionales.⁽²⁴⁾ Al modelo se le señalan críticas, pero debe reconocerse que se trata de intentos de perfeccionar la comprensión de los trastornos psicopatológicos.

A manera de conclusión, se puede apreciar que la más relevante producción científica sobre transdiagnóstico se concentra en el último quinquenio, lo cual apunta a su novedad, pero no se aprecia un eco consecuente significativo en estudios nacionales. Se insta a la comunidad científica cubana a explorar estas alternativas e incluir el análisis dimensional en las caracterizaciones de grupos de estudio, como se hace ya en otras partes,⁽²⁵⁾ dadas las implicaciones prácticas inmediatas que poseen respecto a la toma de decisiones sobre tratamiento farmacológico y psicoterapéutico. También, porque auguran una promisoriosa eficiencia en el uso de recursos y una extensión de la efectividad de los tratamientos psicoterapéuticos, al beneficiarse al mismo tiempo pacientes diagnosticados con trastornos diferentes, pero que comparten iguales dimensiones psicopatológicas.

Referencias bibliográficas

1. Eaton NR, Rodriguez SC, Carragher N, Krueger RF. Transdiagnostic factors of psychopathology and substance use disorders: a review. *Soc Psychi Epidem.* 2015;50:171-82.
2. Dalglish T, Black M, Johnston D, Bevan A. Transdiagnostic Approaches to Mental Health Problems: Current Status and Future Directions. *J of Consul and Clin Psycho.* 2020;88(3):179-95. DOI: [10.1037/ccp0000482](https://doi.org/10.1037/ccp0000482)
3. Arseneault L. Taxonomy of psychopathology: a work in progress and a call for interdisciplinary research. *Wor Psychi.* 2021;19(1):73-4.



4. Committee on a Framework for Development a New Taxonomy of Disease; National Research Council. *Toward Precision Medicine: Building a Knowledge Network for Biomedical Research and a New Taxonomy of Disease*. Washington, DC: The National Academies Press; 2011.
5. González PD, Cernuda JA, Alonso PF, Beltrán GP, Aparicio BV. Transdiagnóstico: origen e implicaciones en los cuidados de salud mental. *Rev Asoc Esp de Neuropsiq*. 2018;38(133):145-66.
6. Cuthbert BN. Research Domain Criteria: toward future psychiatric nosologies. *Dialog Clin Neurosc*. 2015;17:89-97.
7. Delgado MP, Laporta HI., Navarro J. Abordaje transdiagnóstico para perturbaciones emocionales: a propósito de un caso de patología dual. *Rev de Patol Du*. 2017;4(3-4):5.
8. Sandín B, Chorot P, Valiente RM. Transdiagnosis: New frontier in clinical psychology. *J of Psychop and Clin Psycho*. 2012;17(3):185-203.
9. Zimmerman M. Why hierarchical dimensional approaches to classification will fail to transform diagnosis in psychiatry. *Wor Psychi*. 2021;20:70-1.
10. Kotov R, Jonas KG, Carpenter WT, Dretsch MN, Eaton NR, Forbes MK, *et al*. Validez y utilidad de la Taxonomía Jerárquica de la Psicopatología (HiTOP): I. Superespectro de la psicosis. *Wor Psychi*. 2020;18(2):151-72.
11. Achenbach TM, Edelbrock CS. Psychopathology of childhood. *Annu Rev Psychol*. 1984;35(1):227-56.
12. Von Hammerstein C, Cornil A, Rothen S, Romo L, Khazaa Y, *et al*. Psychometric properties of the transaddiction craving triggers questionnaire in alcohol use disorder. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*. 2019;e1815:1-13 DOI: [10.1002/mpr.1815](https://doi.org/10.1002/mpr.1815)
13. Leal BI, Caballero JA, Calvo E, Diago Z. Comorbilidad entre dependencia al alcohol y trastornos de ansiedad en pacientes hombres ingresados. *Rev. Hosp. Psiq. Hab*. 2015;12(1).
14. García H, Lorenzo A, Cerquera AM, Verdecia MR, Santana Y, Blanco L. Efectividad del testimonio como instrumento psicoterapéutico con drogodependientes en el Hospital Psiquiátrico de La Habana. *Rev Hosp Psiq Hab*. 2019 [acceso: 31/5/2022]; 16(3):13-26. Disponible en: <http://www.revhph.sld.cu/index.php/hph/article/view/151>
15. García H, Lorenzo A, Cerquera AM, Verdecia MR, Santana Y, Blanco L. Efectividad de la Psicoterapia Experiencial en drogodependientes en el Hospital Psiquiátrico



de La Habana. Rev Hosp Psiq de la Hab. 2020 [acceso: 31/5/2022]; 17(2)
Disponible en: <http://www.revphph.sld.cu/index.php/hph/article/view/97>

16. Payne LA, Ellard KK, Farchione TJ, Fairholme CP, Barlow DH. Trastornos emocionales. Un protocolo transdiagnóstico unificado. En: Barlow HD. Manual clínico de trastornos psicológicos. Tratamiento Paso a paso. Ed. Manual Moderno; 2018.
17. Reyes MA. Características de un modelo clínico transdiagnóstico de regulación emocional. Psicol Iberoam. 2013 [acceso: 31/5/2022]; 21(2):7-18. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=133930525002>
18. Garcia H, Barrios G, Román PL, Lorenzo A. Concurrent validity of Grau's Experiential Self-Report Transdiagnostic Test Modified for a more Comprehensive Assessment of the Affective Dimension. J Clin Rese and Rep. 2022;10(5). DOI: [10.31579/2690-1919/237](https://doi.org/10.31579/2690-1919/237)
19. Carrillo JM., Collado Vázquez S, Rojo N, Staats AW. El papel de las emociones positivas y negativas en la predicción de depresión: el principio de adición de las emociones en el Conductismo Psicológico. Clín y Sal. 2006;17(3):277-95.
20. Fredrickson BL. The value of positive emotions. The emerging science of why it is good to feel good. American Scientist. 2003;91(4):330-5.
21. Krishnan RR. A knowledge network for a dynamic taxonomy of psychiatric disease. Dialo Clin Neurosc. 2015;17:79-87.
22. Achenbach TM. Modelos jerárquicos dimensionales de psicopatología: sí, pero... World. Psychiatry. 2021;19(1):64-5.
23. Waszczuk, MA. La utilidad de los modelos jerárquicos de psicopatología en la investigación genética y de biomarcadores. Wor Psychi. 2021;19(1):65-6. DOI: [10.1002/wps.20811](https://doi.org/10.1002/wps.20811)
24. Watson D, Levin-Aspenson HF, Waszczuk MA, Conway ChC, Dagleish T, Dretsch MN, *et al.* Validity and utility of Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP): III. Emotional dysfunction superspectrum. Wor Psych. 2022;21(1):26-54.
25. Avendaño-Prieto BL, Toro-Tobar RA, Vargas-Espinosa NM, Villalba-Garzón J. Protocolo de evaluación transdiagnóstico para estrés, ansiedad y depresión: un análisis con víctimas colombianas. Trends Psychol. 2018;26(4):2119-32.

Conflicto de intereses

El autor declara que no tiene conflicto de intereses.



Este material es publicado según los términos de la Licencia Creative Commons Atribución–NoComercial 4.0. Se permite el uso, distribución y reproducción no comerciales y sin restricciones en cualquier medio, siempre que sea debidamente citada la fuente primaria de publicación.