

LA INTEGRACIÓN MÁS ALLÁ DEL DIAGNÓSTICO: APLICACIONES DE LOS NUEVOS MODELOS TRANSDIAGNÓSTICOS

INTEGRATION BEYOND DIAGNOSIS: APPLICATIONS OF THE NEW TRANSDIAGNOSTIC MODELS

Carlos Mirapeix

Psiquiatra

Director de FUNDIPP

Unidad de Psicoterapia Integrada, Personalidad y Trauma. Cantabria, España

Fundación para la Investigación en Psicoterapia y Personalidad

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Mirapeix, C. (2017). La integración más allá del diagnóstico: Aplicaciones de los nuevos modelos transdiagnósticos. *Revista de Psicoterapia*, 28(108), 15-38.

Resumen

Presento en este artículo una visión de los modelos transdiagnósticos desde una perspectiva de alguien que llega a él desde los modelos integradores en psicoterapia, concretamente desde la psicoterapia cognitivo analítica. Expondré de las características generales de los modelos transdiagnósticos, centrándome en la polisemia del término transdiagnóstico y la necesidad de definir con una mayor claridad los diferentes significados que se dan para este término. Se han descrito muchas variables que se han denominado transdiagnósticas y pasaremos una revisión a las mismas. Se abordará alguna reflexión en torno a temas de interés muy actual en relación al campo transdiagnóstico como es la regulación emocional, la función reflexiva como un factor común y el mindfulness, concebido desde la perspectiva transdiagnóstica y terminaré describiendo los modelos clásicos dentro del campo de la psicoterapia transdiagnóstica y me centraré fundamentalmente en las aplicaciones de los modelos transdiagnósticos en los trastornos de la personalidad.

Palabras clave: *psicoterapia, transdiagnóstico, integración, cognitivo analítica y personalidad.*

Abstract

In this article I present a vision of transdiagnostic models from the perspective of someone who comes to it from integrative models in psychotherapy, specifically from cognitive analytic psychotherapy. I will explain the general characteristics of transdiagnostic models, focusing on the polysemy of the term transdiagnosis and the need to define more clearly the different meanings given for this term. Many variables have been described that have been called transdiagnostics and we will pass a review to them. Some reflection will be approached around topics of very current interest in relation to the transdiagnostic field such as emotional regulation, reflective function as a common factor and mindfulness, conceived from the transdiagnostic perspective and I will end up describing the classical models within the field of transdiagnostic psychotherapy and I will focus fundamentally on the applications of transdiagnostic models in personality disorders.

Keywords: *psychotherapy, transdiagnostic, integration, cognitive analytic and personality.*

Fecha de recepción: 15 de junio de 2017. Fecha de aceptación: 26 de julio de 2017.

Correspondencia sobre este artículo:

E-mail: c.mirapeix@fundipp.org

Dirección postal: Plaza del Cuadro 3, 3º B y C. Santander 39004, España

© 2017 Revista de Psicoterapia



INTRODUCCIÓN:

Desde el título se intuye el lugar desde donde hablo. He llegado a los modelos transdiagnósticos de psicoterapia desde el campo de las psicoterapias integradas. No es lo común en el panorama internacional, habitualmente se llega desde los modelos de terapia cognitivo conductual (Harvey 2004). Esto, sin lugar a dudas, va a condicionar la orientación y estructura de mi aportación así como las aplicaciones prácticas de la concepción que quiero compartir.

Los modelos transdiagnósticos no intervienen sobre trastornos psicopatológicos enmarcados en sistemas de clasificación clásicos, es decir, sobre trastornos específicos; su foco de intervención está en las variables cognitivas y emocionales vinculadas y subyacentes a los diferentes trastornos (Mansel 2012) que veremos a lo largo del artículo.

Implícito en una concepción transdiagnóstica de la psicopatología y la psicoterapia, se encuentra la realidad de los diagnósticos clínicos. Se supone que el propio nombre de transdiagnóstico pretende ir más allá del diagnóstico, pero también es cierto o que sin la existencia de los diagnósticos, las deficiencias y las críticas a los mismos, no se les hubiese podido conceptualizar y encontrar los factores psicológicos disfuncionales subyacentes a diferentes diagnósticos clínicos. Por lo tanto, hay una circularidad entre diagnóstico y transdiagnóstico. Una oposición entre ambos enfoques (dimensional transdiagnóstico y categorial) nos llevaría hacia una falsa dicotomía. Un enfoque transdiagnóstico de la psicopatología debe proporcionar una base para entender, clasificar e integrar los diferentes síntomas y diagnósticos desde procesos y factores (dimensiones) más o menos comunes y/o generales y supone asumir la existencia de algún sistema de diagnóstico. Estos modelos han sido revisados recientemente por distintos autores del panorama nacional (Belloch 2012, Sandín 2012).

Una crítica al diagnóstico en psicoterapia:

Uno de los motivos del advenimiento de los modelos transdiagnósticos, es el problema de la comorbilidad, la baja especificidad de los diagnósticos clásicos y el hallazgo de variables cognitivas y emocionales subyacentes a diferentes trastornos. Pero no voy a profundizar en esta crítica, quiero hablar de mi experiencia personal en relación a la poca utilidad del diagnóstico en psicoterapia.

Muchos años de práctica clínica en psicoterapia, y con la experiencia de ser a su vez psiquiatra, me permiten llegar a una conclusión compartida con otros muchos profesionales: el diagnóstico clínico nos informa muy poco acerca de la tarea que tenemos por delante en un tratamiento psicoterapéutico. Tan es así que me atrevo a afirmar que: el diagnóstico clínico clásico de lo que sí nos informa es acerca de con qué pacientes no debemos hacer psicoterapia como tratamiento de primera elección. A la hora de diseñar un plan de intervención basado en una selección terapéutica diferencial científicamente informada (Frances 1984) y una planificación terapéutica sustentada en un abordaje de psicoterapia prescriptiva (Beutler

2014) (que es muy integradora en origen y muy transdiagnóstica como evolución), lo realmente importante es definir con claridad cuáles son las variables psicológicas intermedias, algunas de las cuales denominamos transdiagnósticas, que influyen en el diseño estratégico y que van a permitir utilizarlas como foco en la intervención técnica.

ALGUNAS CUESTIONES TEORICAS:

Antecedentes y contexto científico de desarrollo.

Originariamente el planteamiento es que hay formas de comienzo específicas en los diferentes trastornos psicopatológicos, así como procesos de mantenimiento que son significativamente distintos entre los diferentes trastornos y que por lo tanto deben de realizarse diferentes abordajes terapéuticos para cada uno de estos trastornos. Esto implicó una hipertrofia de modelos de intervención diagnóstico-específicos, manualizaciones múltiples y programas de intervención súper especializados.

Pero esto nos confronta con una realidad clínica tozuda, la comorbilidad. Esta está muy vinculada al origen de los modelos transdiagnósticos. Las altas tasas de comorbilidad en los diagnósticos clásicos y el hallazgo de procesos cognitivos y conductuales subyacentes que son compartidos por una amplia gama de trastornos psicológicos están en la base de los modelos transdiagnósticos. Por ejemplo: la atención focalizada en sí mismo, está elevada en todos los trastornos estudiados entre los que se incluía depresión, una gran variedad de trastornos de ansiedad, abuso del alcohol, esquizofrenia y psicopatía (Ingram 1999). Esto requiere de un cambio de perspectiva que focalice este tipo de intervenciones en lo común y genérico de las situaciones clínicas en lugar de centrarse en lo específico y diferencial entre ellas (Brown & Barlow, 2009). En definitiva, la búsqueda de procesos comunes en los trastornos clínicos llevo a la psicoterapia transdiagnóstica (Harvey 2004).

En el año 2009 hubo un número monográfico del Journal of Cognitive Psychotherapy en el que Mansell, realizó una primera revisión y puesta en común de los avances producidos en la psicoterapia transdiagnósticas que posteriormente tendremos ocasión de profundizar en ellas.

Quiero ampliar y analizar con un poco mas de detalle las diferencias fundamentales entre los modelos psicoterapéuticos clásicos focalizados en el diagnóstico y los modelos transdiagnósticos focalizados en variables psicológicas disfuncionales que permiten configurar una planificación estratégica específica focalizada en estas variables.

Incluyo a continuación una tabla en la que sintetizo las aportaciones de Mansell (2009) que contribuyen a diferenciar con claridad los modelos transdiagnósticos de los modelos clásicos dirigidos a la intervención en trastornos específicos.

Tabla 1

Diferencias entre modelos transdiagnósticos y focalizados en diagnósticos

Características	Transdiagnosticos	Focalizados en Trastornos específicos
Procesos comunes	Los procesos de mantenimiento son compartidos a través de los diferentes trastornos	Los procesos de mantenimiento NO son compartidos a través de los diferentes trastornos
Necesidad de evaluación diagnóstica	Una evaluación diagnóstica NO es siempre necesaria.	Una evaluación diagnóstica es siempre necesaria.
Desarrollos futuros	Los desarrollos futuros se beneficiarán de teorizaciones que aborden los procesos comunes compartidos entre los diferentes trastornos	Los desarrollos futuros se beneficiarán de los modelos basados en trastornos específicos.
Aproximación científica	Convergente, integradora, parsimoniosa	Divergente, creativa, ecléctica

Mansell 2009

Por otro lado y desde el punto de vista estrictamente psicoterapéutico, se habían desarrollado multitud de programas estructurados dirigidos a trastornos concretos (a la ansiedad, depresión, trastornos de la alimentación, TOC...). Esto obligaba a los terapeutas a tener que formarse en la utilización de protocolos diferentes, que algunos de ellos tenían algunos elementos comunes, exigían una gran dedicación y consumo de tiempo y esfuerzo para una formación adecuada y acreditada para programas de investigación. Los modelos transdiagnósticos vienen en parte a resolver esta problemática, pues con un entrenamiento en un modelo específico de intervención transdiagnóstica, pueden abordarse diferentes trastornos psicopatológicos.

Si somos rigurosos al hacer una historia de los actuales modelos transdiagnósticos, podemos fechar su inicio en el año 2003, de la mano del grupo de Fairburn, quien aplica un modelo transdiagnósticos para los trastornos de la alimentación. El modelo desarrollado para los trastornos de la alimentación (Fairburn, 2003), propone la existencia de una serie de mecanismos psicopatológicos que subyacen a los diferentes trastornos alimentarios. Entre ellos destaca: la sobre valoración de la comida o el peso, las dietas y otras conductas del control del peso, la rigidez, los cuales, interaccionaban con otros procesos psicológicos subyacentes más genéricos como son: el perfeccionismo, la baja autoestima, la intolerancia emocional y las dificultades interpersonales. El autor mencionado, propuso un abordaje de terapia transdiagnóstica centrada, no tanto en la modificación de la psicopatología nuclear como era la focalización en la comida, sino en el cambio de las variables psicológicas subyacentes que estaban vinculadas al trastorno de la

alimentación, como eran: el perfeccionismo, la intolerancia a las emociones (Sandin 2012).

La polisemia del término transdiagnóstico:

El término transdiagnóstico está siendo utilizado de formas muy variadas, con significados diferentes en muchos artículos en los últimos años. En un artículo muy reciente, publicado este año en Behavior Therapy (Sauer-Zavala 2017), se presenta una revisión acerca de cuáles son las definiciones actuales del termino transdiagnóstico, buscando un consenso en los usos que se está haciendo de este término. Una muestra de esto es que de 294 estudios indexados en Psycinfo con la palabra clave transdiagnóstico, más de $\frac{3}{4}$ partes fueron publicados en los últimos 5 años y muy pocos habían aparecido con anterioridad al año 2008.

Por lo tanto, para poder llevar a cabo esta tarea, es necesario categorizar de forma efectiva aquellas intervenciones que han sido descritas recientemente como transdiagnósticas, siendo necesario para ello establecer una definición de trabajo acordada para este término. Por otro lado, no se han desarrollado guías clínicas que hayan sido publicadas con respecto a que es lo que se debe de considerar transdiagnóstico en relación a una intervención técnica propuesta, así como tampoco se ha especificado con claridad cuáles son los procesos psicológicos que deben de poder ser considerados transdiagnósticos.

Resulta relevante la aportación que realiza (Harvey 2011) quien ha subrayado diferencias en relación a dos constructos diferentes: un modelo transdiagnóstico descriptivo, por ejemplo: procesos que están presentes en un rango de diagnósticos, lo que es consistente con los criterios descritos en el año 2009 por Mansel. Y en segundo lugar, señala Harvey, aquellos otros criterios transdiagnósticos que son más mecanicistas, por ejemplo: procesos que reflejan mecanismos causales o funcionales en la co-ocurrencia de diferentes trastornos.

La esencia de estos modelos terapéuticos transdiagnósticos está sustentada precisamente en estas características mecanicistas, en las que tratando un proceso psicológico subyacente a diversos trastornos se pueden resolver el polimorfismo de la sintomatología clínica. Por otro lado los protocolos terapéuticos dirigidos a trastornos únicos son demasiado estructurados y no permiten la flexibilidad de cambiar de un protocolo a otro, asunto que es resuelto con este enfoque transdiagnóstico que abarca procesos psicológicos comunes compartidos entre distintos trastornos.

La identificación de procesos transdiagnósticos desde esta perspectiva mecanicista, va a suponer un desarrollo más eficiente de programas terapéuticos, porque va a permitir focalizar en los mecanismos subyacentes que han demostrado que pueden conllevar una mejoría clínica a lo largo de diferentes trastornos comorbidos, que son mantenidos por la presencia de una serie similar de vulnerabilidades nucleares (Farchione 2012).

Desde mi perspectiva, el planteamiento de priorizar exclusivamente una

visión mecanicista del abordaje transdiagnóstico debe de ser complementada con la determinación de qué variables transdiagnósticas son prioritarias y en qué fase de tratamiento de pacientes complejos. El abordaje de estos pacientes complicados se ha enfocado desde una perspectiva multifásica, en la que hay distintos focos de características transdiagnósticas sobre los que poder intervenir en función de la situación clínica del paciente y de la fase estratégica de abordaje. Sirva como ejemplo señalar (como tendremos ocasión de ver en el apartado del modelo cognitivo analítico analizado desde una perspectiva transdiagnóstica) que la resolución de focos transdiagnósticos como la impulsividad, la regulación emocional, la función reflexiva y del trauma son realizadas de forma secuencial en función de la fase del tratamiento.

No hay en este momento definiciones consensuadas de estos modelos de psicoterapia y recientemente se han llevado a cabo intentos de describir los diferentes subtipos existentes dentro del campo de la psicoterapia transdiagnóstica y se propone una clasificación alternativa a toda esta polisemia del término transdiagnóstico y se planteaba lo siguiente (Sauer-Zavala 2017):

1. Aplicación universal de principios terapéuticos: aquellas intervenciones en las que la estrategia terapéutica que guía la intervención, está aplicada de manera universal a lo largo de un amplio rango de condiciones psicopatológicas que puedan presentarse.
2. Tratamientos modulares: el clínico elige de un amplio rango de estrategias diferentes para crear un mapa de tratamiento que permita abordar los problemas presentes del paciente independientemente del diagnóstico.
3. Mecanismos subyacentes compartidos: en este último subtipo, explícitamente se abordan los mecanismos implicados en el desarrollo y mantenimiento de cierta clase de psicopatología.

Pero voy a plantear una perspectiva diferente sobre cuál es el camino que lleva a los profesionales a encontrarse con una concepción transdiagnóstica de la psicoterapia. Clásicamente se llega a los modelos desde la terapia cognitivo conductual. Quiero plantearles un camino alternativo al que muchos profesionales con una visión integradora y dedicados preferentemente al campo de los trastornos de la personalidad también evolucionan hacia las concepciones transdiagnósticas. Veamos estos dos caminos diferenciados:

1.- La evolución seguida en los modelos cognitivos conductuales y el desarrollo a principios de este siglo en los modelos transdiagnósticos liderados por el modelo transdiagnóstico de Fairburn (2003) en el tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria, y posteriormente han habido dentro de la tradición cognitivo conductual, otros modelos de abordaje transdiagnósticos y el que mas repercusión ha tenido es el modelo de protocolo unificado de tratamiento de los trastornos emocionales de David Barlow (2010).

2.- La otra fuente de inspiración y desde la que también se llega a las psicoterapias transdiagnósticas, es desde el campo de las psicoterapias integradas.

Recientemente tenía ocasión de publicar en un artículo en la revista Norte de Salud Mental (Mirapeix 2015), algo que denominaba la segunda generación de los modelos integradores en psicoterapia. Estos son modelos de la integración de la integración o lo que sería lo mismo, modelos integradores más desarrollados. Estos, de forma asimilativa (Messer 2001), incorporan nuevas formas de tratamiento en sus concepciones integradoras previas. Actualmente y en función del conocimiento del que disponemos, algunos modelos transdiagnósticos, están también sustentados en cuáles son los factores comunes en psicoterapia (ver Sauer-Zavala 2017). Mientras que por otro lado, la homogeneización y las psicoterapias integradoras centradas en cuáles son los procesos de cambio básicos compartidos por todas las psicoterapias, hacen que lleguemos a las psicoterapias transdiagnóstica por otro lugar, de tal forma que podríamos decir que la búsqueda de modelos unificados de tratamiento serian transdiagnósticos en el terreno de la psicopatología, que busca disfunciones subyacentes a los modelos psicopatológicos clásicos, mientras que por otro lado, las psicoterapias transdiagnósticas basadas en los factores comunes de cambio en psicoterapia, llegan a modelos de intervención también transdiagnósticos que podrían denominarse modelos transterapéuticos. Al modo de la psicoterapia transteórica (Prochaska 2013), el modelo multiteórico (Brooks-Harris, J. E. 2008) y el modular (Livesley 2015).

Diferentes tipos de variables transdiagnósticas:

Hay dos momentos diferentes en cuanto a la detección de variables transdiagnósticas significativas en diferentes trastornos. Una muestra de ello, es la categorización que inicialmente realizó Harvey (2004) dividiendo los diferentes procesos disfuncionales encontrados en 5 areas fundamentales: atención, memoria, razonamiento, pensamiento y conducta. Podemos verlos con mas detalle en la siguiente tabla.

Tabla 2

Variables transdiagnósticas

ATENCIÓN	MEMORIA	RAZONAMIENTO	PENSAMIENTO	CONDUCTA
Atención selectiva (externa)	Memoria explícita selectiva	Sesgos interpretativos	Pensamiento negativo recurrente	Evitación
Atención selectiva (interna)	Memorias recurrentes	Expectativas sesgadas	Creencias metacognitivas	Búsqueda de conductas de seguridad
Evitación atencional	Memoria sobregeneralizada	Razonamiento emocional	positivas y negativas	
			Supresión del pensamiento	
Harvey 2004				

Un primer momento en el que aparecen variables transdiagnósticas vinculadas a la psicoterapia es en los trastornos afectivos y en los trastornos de la alimentación.

En un segundo periodo hay una focalización en el papel de la emoción como elemento transdiagnóstico nuclear. Cuando los modelos transdiagnósticos se han ido aplicando a los trastornos de la personalidad han aparecido otros componentes, otras variables transdiagnósticas a las que vamos a pasar revisión a continuación.

Recientemente en una tesis doctoral realizada en la universidad de Lisboa (Silva 2016), se realiza una revisión de los diferentes factores transdiagnósticos que han sido reconocidos como tales en la literatura internacional. Es un área que requiere una investigación posterior de diferentes grupos que permitan sintetizar los mas compartidos y comprobados científicamente.

Veremos esta agrupación en la siguiente tabla.

Tabla 3
Factores Transdiagnósticos

NIVEL	FACTOR TRANSDIAGNOSTICO
Atención	Atención focalizada en uno mismo. Atención focalizada en estímulos externos relevantes. Evitación atencional. Atención focalizada en la búsqueda de objetos o personas generadoras de seguridad.
Memoria	Memoria selectiva Memoria sobre generalizada Estilo de recuperación y codificación de la memoria de características evitativas. Memorias recurrentes Desconfianza en la memoria
Emoción	Déficits en la regulación emocional. Afectividad negativa. Sensibilidad a la ansiedad. Intolerancia al malestar o intolerancia a las emociones negativas. Intolerancia a la frustración. Evitación o inhibición emocional.
Razonamiento	Sesgos en la interpretación. Sesgos en la atribución. Sesgos en las expectativas. Sesgos en la detección en la covariancia. Sesgos en la comprobación de hipótesis. Inherencia arbitraria Sobre generalización. Magnificación/catastrofización. Pensamiento dicotómico. Razonamiento emocional. Personalización. Déficits de las funciones ejecutivas. Orientación focalizada en problemas negativos

Pensamiento	Intrusiones. Pensamiento negativo recurrente (preocupaciones, intolerancia a la incertidumbre, rumiación, procesamiento post sucesos). Pensamientos automáticos negativos. Supresión del pensamiento. Disregulación o disfunción meta cognitiva.
Creencias	Creencias disfuncionales permanentes. Creencias negativas de carácter meta cognitivo. Creencias excesivas sobre la responsabilidad o híper responsabilización. Sensación subjetiva de disminución del control percibido Perfeccionismo. Autocrítica. Miedo a ser evaluado.
Conducta	Trastornos del sueño Conductas de evitación y de escape. Conductas de búsqueda de seguridad. Compulsiones. Evitación inter afectiva o somática.

Proyecto Internacional de investigación en factores transdiagnósticos 2017
Rita Alexandra Dias Silva. Universidad de Lisboa

Estos abordajes que estamos describiendo a lo largo de este artículo, son muy recientes y queda mucho por delante por desarrollar y articular de manera coherente, integrada y eficaz. Es un campo en desarrollo del que me permito o a continuación hacer algunas reflexiones sobre temas que aún requieren aportaciones que contribuyan a ir configurándolos de forma transdiagnóstica. Abriré una serie de áreas a continuación, con alguna breve reflexión, sabiendo que haya abierto todo un campo para nuevos desarrollos.

La regulación emocional como un factor transdiagnóstico.

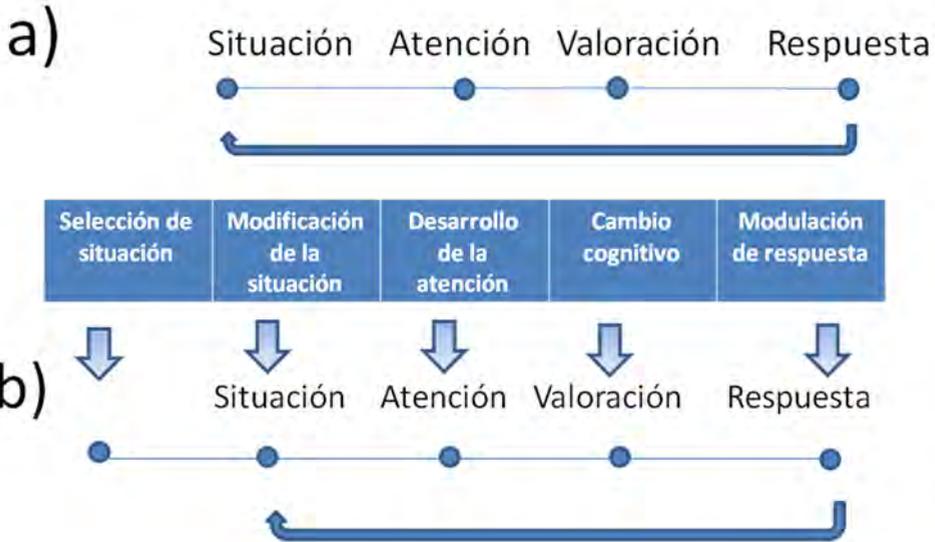
Este factor, actualmente es reconocido como una variable trasversal que está presente en multitud de trastornos: de ansiedad, afectivos, de la alimentación, TOC, de la personalidad... Etc. Podríamos afirmar que es el factor transdiagnóstico más aceptado por los investigadores, que afecta definitivamente a muchos trastornos y especialmente a los trastornos de la personalidad y concretamente al trastorno límite de la personalidad. Desde nuestra perspectiva existe una circularidad entre la inestabilidad emocional y el déficit de función reflexiva.

Los modelos más utilizados para la comprensión transdiagnóstica de la regulación emocional, son modelos que descomponen los procesos de regulación emocional en distintos componentes como vemos a continuación (Gross 2015, Sheppes 2015): la selección de la situación, la modificación de la situación, el despliegue atencional, el cambio cognitivo y la modulación de la respuesta.

Vemos en el siguiente diagrama una representación de la ampliación del modelo de regulación emocional clásico de Gross (2013). El modelo modal de la

emoción en su formato lineal tradicional (a), con una flecha de retroalimentación que indica que una respuesta emocional puede cambiar la situación que provocó la emoción. Y debajo el modelo ampliado de Sheppes (2015) en el que el proceso de regulación de las emociones se amplió identificando cada uno de los puntos principales del modelo modal clásico y los puntos en los que el proceso podría ser alterado (b).

Emociones y regulación de emociones.



Tomado de Sheppes 2015

Tan importante es este tema, que en los últimos 15 años, ha habido un crecimiento exponencial en el estudio de los procesos afectivos en psicopatología hasta el punto de que ha surgido una nueva disciplina, la ciencia afectiva clínica. En este sentido, se ha comenzado a utilizar el marco de regulación de las emociones para identificar los aspectos transdiagnósticos y desórdenes específicos de la disfunción. Apostando por una perspectiva transdiagnóstica “clásica” que mantenga las categorías sintomáticas mientras que a su vez identifique sistemáticamente qué procesos son transdiagnósticos versus procesos específicos de un trastorno (Aldao 2015).

Un modelo que sintetiza lo planteado es el recogido en la siguiente tabla.

Tabla 4

El modelo de proceso extendido de regulación emocional y psicopatología

Etapas y dinámicas reguladoras	Elemento regulador	Estado clínico y descripción
Identificación	Percepción	Ataques de pánico : sobre-representación de signos sutiles de los estados emocionales actuales.
		Sesgo de desvinculación en la ansiedad : sobre-representación de información amenazante durante un tiempo prolongado
	Valoración	Alexitimia : infra-representación de estados emocionales.
		Evitación de la experiencia : sobrevalorar los costos de los estados emocionales
Acción	Comportamiento de aferramiento en el trastorno de personalidad dependiente : infravaloración de los beneficios de la regulación intrínseca.	
Selección	Percepción	Impotencia aprendida en la depresión : no traducir un objetivo general de regulación en acción.
	Percepción	Escapar de sí mismo en el comer compulsivamente y en el comportamiento suicida : representación excesiva de opciones de regulación desadaptadas
	Valoración	Autolesión no suicida y abuso de sustancias : valorar positivamente las categorías generales de regulación inadaptadas.
Implementación	Acción	Cambio cognitivo en el autismo : deterioro de la capacidad para activar categorías generales de regulación adaptativa.
	Percepción	Tácticas a largo plazo en el TDAH : infra-representación de tácticas reguladoras adaptativas
	Valoración	Preocupación en el TAG : valorar positivamente las tácticas de regulación desadaptadas
	Acción	Distracción positiva en la depresión mayor : deterioro de la capacidad para activar tácticas de regulación adaptativas
Monitorización	Detención	Rumiación en la depresión : detener una táctica regulatoria desadaptativa demasiado tarde.
		Baja autoeficacia regulatoria en el TAS : detener una táctica regulatoria adaptativa demasiado pronto.
	Cambio	Depresión, ansiedad y TOC : cambio en la implementación de una táctica ineficiente demasiado tarde.
		Estados maníacos en el trastorno bipolar : cambio entre las categorías reguladoras demasiado pronto.

Tomado de Sheppes 2015

Abreviaciones: TDAH: trastorno por déficit de atención e hiperactividad; TAG: trastorno de ansiedad generalizada; TAS: trastorno de ansiedad social; TOC: trastorno obsesivo compulsivo.

Un grupo Español ha revisado este tema recientemente, proponiendo una integración de los principales aportes de la regulación emocional en el campo de los trastornos emocionales, enfatizando su importancia para los abordajes transdiagnósticos (Fernandez Alvarez 2017).

El mindfulness como transdiagnóstico:

Las intervenciones basadas en Mindfulness también han demostrado eficacia en el tratamiento de una serie de psicopatología (Baer, 2003; Hofmann, 2010).

El objetivo de las intervenciones basadas en la atención plena, es cultivar una conciencia interna, sin prejuicios y centrada en el presente, de la importancia de los estímulos internos (por ejemplo: pensamientos, sensaciones físicas, impulsos conductuales) y experiencias externas utilizando ejercicios como la psicopedagogía

y la meditación.

La investigación ha esclarecido una serie de mecanismos por los cuales la conciencia plena puede ser útil, incluyendo la exposición a la angustia, la flexibilidad cognitiva, la relajación, la aceptación y el fomento del conocimiento de otros comportamientos de autocuidado (Baer, 2003).

La mayoría de los trastornos psicológicos involucran un problema fundamental con la inflexibilidad, la falta de comprensión o una perspectiva estrecha, es decir, la falta de atención plena. Esta flexibilización de los procesos la vemos recogida en la siguiente tabla a continuación.

Tabla 5
Diferencias entre Procesos Transdiagnósticos y Transterapeuticos mindful

Procesos mentales transdiagnósticos	Procesos transterapeuticos mindful
Sesgos atencional	Apertura en la monitorización
Pensamiento negativo	Descentramiento
Evaluación inflexible	Evaluación flexible
Atención focalizada en si-mismo	Atención mindful focalizada en si-mismo
Sesgos de memoria	Claridad en la valoración
Afectividad negativa, reactividad Emocional	Balance emocional equilibrado
Supresión	Exposición mindful
Evitación	Exposición mindful
Disregulación conductual	Habilidades de autorregulación

Modificado de: Mindfulness, a transtherapeutic approach for transdiagnostic mental processes. Greeson 2014

Los avances recientes en la investigación de ciencias psicológicas, neurociencias y atención plena sugieren que el entrenamiento de atención plena puede apuntar a una variedad de procesos mentales sin mente que atraviesan numerosos trastornos psicológicos. Estos procesos comunes incluyen específicamente afectividad negativa y reactividad emocional, pensamiento negativo repetitivo como la rumiación, evitación experiencial, sesgo atencional, revalorización y supresión de pensamientos y sentimientos. Estos son los procesos mentales que han sido denominados “transdiagnósticos” (Harvey, 2004). Es en este sentido y en la medida que el mindfulness interviene sobre los actores transdiagnósticos señalados que puede considerarse esta modalidad de intervención como transdiagnóstica (Greeson, 2014).

El abordaje interpersonal:

El enfoque jerárquico que plantea el autor (Girard 2017), reveló nueva información sobre las conexiones entre la psicopatología y los problemas interpersonales. Se pudo reproducir una estructura de cinco factores de diagnósticos psiquiátricos incluyendo factores que corresponden al: desapego (personalidad evitativa, fobia social, depresión mayor), internalizador (personalidad dependiente, personalidad límite, trastorno de pánico, estrés postraumático, depresión mayor), desinhibición (personalidad antisocial, dependencia de drogas, dependencia del alcohol, personalidad límite), dominación (personalidad histriónica, personalidad narcisista, personalidad paranoide), y compulsividad (personalidad obsesivo compulsiva).

Los resultados apoyan la idea de que las técnicas de terapia interpersonal (por ejemplo, el análisis de la comunicación y el juego de roles) pueden beneficiar a muchos trastornos más graves (Weissman et al., 2000).

Los primeros modelos integradores tempranos de psicopatología sugieren que las relaciones interpersonales funcionales juegan un papel importante en el bienestar psicológico y, a la inversa, que los problemas interpersonales están implicados causalmente en el desarrollo y mantenimiento de la psicopatología (Leary, 1958; Sullivan, 2013). La dificultad para ser sociable y la tendencia a subyugarse a sí mismo priorizando las necesidades de los demás se asociaron consistentemente con síntomas más graves de ansiedad, depresión y trastornos alimentarios, así como con una peor calidad de vida. Aunque comprender e investigar los cambios en la sintomatología es parte integral de la psicoterapia, centrarse únicamente en los síntomas ignora una serie de otros factores que se sabe que influyen en el bienestar psicológico y la calidad de vida (McEvoy 2013).

Limitaciones de la aproximación transdiagnóstica:

En una revisión reciente de la Profesora Belloch (2012) se plantea que es necesario reflexionar acerca de las limitaciones del enfoque transdiagnóstico tanto desde el punto de vista psicopatológico, como las limitaciones derivadas de la aplicación de dicho enfoque al abordaje terapéutico.

Desde el punto de vista estrictamente psicopatológico, uno de los principios básicos 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 y sobre todo, cómo explican el problema y/o el malestar del paciente (Belloch 2012). Si asumimos que una dimensión por sí 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 (Ibid).

Cuando intentamos dar el salto al abordaje terapéutico de características transdiagnósticas, lo primero que tendremos que demostrar es que esta nueva

opción terapéutica es más eficaz que las anteriores, o al menos igualmente eficaz pero más barata.

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. (2010) 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) (Belloch 2012).

APLICACIONES PRACTICAS:

Descripción de algunos modelos y campos de aplicación.

Hay diferentes modelos de intervención de psicoterapia transdiagnóstica que originariamente fueron descritos para los trastornos de la conducta alimentaria y del ánimo. Recientemente hay modelos descritos para el abordaje de los trastornos de personalidad y es en lo que vamos a focalizar pues constituye el foco de interés de este artículo.

Entre los modelos transdiagnósticos de origen cognitivo conductual están:

El modelo de Fairburn 2003 (Cognitive behaviour therapy for eating disorders: a “transdiagnostic” theory and treatment) y el modelo de Psicoterapia Unificada (Barlow 2004). Este último tiene tres componentes: a) modificar las evaluaciones erróneas antecedentes (reevaluación cognitiva); b) prevenir la evitación emocional y, c) modificar las tendencias a actuar bajo el impulso de las emociones.

Simplemente a modo ilustrativo valga mencionar las características y componentes de los módulos del programa unificado de Barlow; esta compuesto de los siguientes módulos: 1: la psicoeducación, 2: aumento de la motivación, 3: conciencia emocional, 4: evaluación cognitiva y reevaluación, 5: contrarrestar las conductas guiadas emocionalmente (EDBs) y la evitación emocional, 6: exposiciones interoceptivas y situacionales, 7: conclusiones y prevención de recaídas.

Aún y con todo siguen siendo modelos cognitivo conductuales, con una marcada organización, estructura, directividad y una relación asimétrica entre el terapeuta y el paciente. Resulta especialmente relevante señalarlo, especialmente para aquellos terapeutas que estamos más cerca de una epistemología y un estilo terapéutico constructivista.

Modelos transdiagnósticos aplicados a los trastornos de la personalidad

En relación a los abordajes de los trastornos de personalidad, sabemos que hay modelos psicoterapéuticos que establecen focos de intervención diferentes en función de su marco teórico y de los supuestos mecanismos específicos de actuación.

La aplicación de los modelos transdiagnósticos a los trastornos de la personalidad, podemos dividirla en tres tipos diferentes de abordaje: modelos derivados de la TCC, modelos metacognitivos, modelos modulares y multifásicos. Vamos a ir viendo algunas características de los mismos.

En primer lugar creo necesario reconocer que la psicoterapia dialéctico conductual (Linehan 1991) fue el primer modelo integrador dirigido al tratamiento del trastorno límite de personalidad que a mi juicio reúne características para poder denominarle desde su inicio un modelo de psicoterapia transdiagnóstica. Estas características que lo definiría como tal son las siguientes: en relación al foco de la psicoterapia, resulta relevante que trabaja fundamentalmente con dos focos que pueden ser considerados transdiagnósticos: la regulación emocional y el control de la impulsividad. Es bien conocido su planteamiento integrador en base a la integración de diferentes fuentes teóricas, cognitivo conductuales, pensamiento dialéctico y mindfulness. Por último desde el punto de vista técnico es un modelo modular, integrado, secuencial y estructurado.

Dentro del marco de los modelos cognitivo conductuales hay un modelo desarrollado recientemente, consistente en un protocolo unificado de tratamiento transdiagnóstico de los trastornos emocionales en pacientes con trastorno límite de la personalidad (Michele Lopez 2015). En esta dirección también se ha desarrollado la aplicación de un modelo de orientación cognitivo conductual, basado en el protocolo unificado de Barlow y aplicado a pacientes con sintomatología afectiva y diagnosticados de trastorno límite de la personalidad (Sauer-Zavala 2016). Ambos modelos están estructurados de forma modular y sus contenidos figuran en los artículos de referencia.

Los modelos transdiagnósticos de orientación metacognitiva:

Recientemente se ha desarrollado un modelo inspirado en el abordaje metacognitivo de entrenamiento de la afectividad dirigido específicamente al trastorno límite de personalidad. Este modelo se denomina entrenamiento metacognitivo para el trastorno límite de la personalidad y está manualizado (Schilling 2015) y disponible en internet en la dirección <https://clinical-neuropsychology.de/metacognitive-training-for-borderline-personality-disorder.html>

Lo que le caracteriza está ya incluido en su nombre y es la introducción del componente metacognitivo de entrenamiento en empatía.

El modelo modular transdiagnóstico de Livesley

Por último quiero referirme al que a mi juicio es el modelo transdiagnóstico más avanzado en el campo de los trastornos de personalidad, y es el modelo ecléctico y modular de Livesley (2015) que desarrollaré en más detalle. En este y en función de una serie de variables que son la gravedad y el grado de urgencia de la intervención de la sintomatología clínica, se van describiendo la serie de fases a través de las cuales se va transitando con diferentes focos y esto es lo que está en la base de los enfoques multifásicos y transdiagnósticos aplicados a los trastornos de la personalidad.

Plantearé de forma resumida dos subniveles: a) estrategias y b) métodos.

a.- Estrategias generales para el tratamiento:

Los componentes genéricos del cambio, se dividen en 5 estrategias principales: establecer el marco básico de la terapia, construir y mantener una alianza terapéutica colaboradora, mantener un proceso de tratamiento consistente, construir la motivación para el cambio, y promover la auto reflexión (Livesley, 2012).

He tenido ocasión de describirlas en detalle en otro lugar (Mirapeix 2017) y sólo voy a reflexionar sobre estas cinco estrategias principales, refiriéndome a algunos componentes de características transdiagnósticas implícitas en ellas, especialmente haciendo referencia a los trastornos de personalidad que es donde fundamentalmente se aplica el modelo al que me estoy refiriendo. En relación a la primera de las estrategias, el establecimiento de un marco terapéutico, se requiere la presencia de una colaboración por parte del paciente que está directamente relacionada con la noción de conflicto psicológico, la motivación y la disposición a implicarse en un tratamiento para poder cambiar. Todos estos conceptos son claramente definibles, operativos y hay instrumentos que han permitido evaluarlos. Además, lo que es más importante permite una focalización de la intervención sobre los mismos para facilitar el inicio de cualquier tratamiento. En segundo lugar, la necesidad de la construcción de una alianza terapéutica, común a cualquier tratamiento psicoterapéutico y especialmente significativo en los pacientes con trastornos de personalidad, se ha visto enriquecida por la presencia de un concepto de características transdiagnósticas denominado “confianza epistémica” (Fonagy 2014), Este concepto contribuye a comprender con más detalle la necesidad de confiar en un tercero, el terapeuta, como alguien que nos va a proveer de un conocimiento válido que vamos a poder utilizar. Este concepto es transdiagnóstico en el sentido de que está presente en cualquier tipo de trastorno y subyace a la calidad de la relación terapéutica. En tercer lugar la necesidad de construir un proceso terapéutico consistente, estructurado, organizado y secuencial (Critchfield 2012), que es paralelo a la estructura modular de muchos de los tratamientos transdiagnósticos. En este sentido, los protocolos terapéuticos modulares también se ciñen a esta planificación estructurada de la intervención, en la que aunque no haga referencia a ninguna variable transdiagnóstica específica, sí que sirve para

utilizar una estructura del proceso psicoterapéutico organizado estructurado, planificado y de seguridad, que permita establecer un marco de seguridad para el tratamiento de los pacientes. En cuarto lugar la construcción de la motivación para el cambio nos permite afirmar una ecuación muy sencilla: a mayor falta de conciencia de enfermedad y a menor motivación tenemos indicadores de mal pronóstico. Esto nos indica la necesidad de utilizar intervenciones psicoeducativas y motivacionales. Por último, desde la perspectiva que venimos trabajando, está la función reflexiva y la necesidad de favorecer un incremento de esta capacidad en el paciente. Abordaré con más detalle este apartado cuando hable de la fase dos del tratamiento cognitivo analítico extenso (Mirapeix 2017 a)

2.- Métodos específicos de tratamiento y fases de cambio en la psicoterapia del trastorno límite de la personalidad.

Una vez establecidos los sólidos fundamentos señalados en el apartado anterior podemos pensar en utilizar distintos tipos de intervenciones específicas en una secuenciación terapéutica que vamos a dividir en fases en función de los objetivos terapéuticos de las mismas.

Las fases que señala Livesley en el abordaje secuencial del trastorno límite de personalidad son: 1.- Seguridad, 2.- Contención, 3.- Control y regulación 4.- Exploración y cambio 5.- Integración y síntesis. Veremos con un poco más de detalle el contenido de cada una de estas fases (Livesley, 2012).

Aunque en cada una de las fases se pueda utilizar intervenciones procedentes de modelos terapéuticos distintos, entrenamientos en habilidades procedentes de la DBT (Linehan 2014), técnicas para el incremento de la función reflexiva y la mentalización procedentes de la MBT (Bateman 2016), intervenciones en el aquí y el ahora de la transferencia de la TFP (Clarkin 2016), modificaciones de los esquemas disfuncionales procedentes de la SFT (Giessen-Bloo 2006) o de los patrones de relación recíproca y de desintegración de la multiplicidad del Self derivados de la CAT (Ryle & Kerr, 2006), deben ser seleccionados y coordinados para intervenir en una fase o en otra en función de los diferentes objetivos que se vayan señalando (Livesley 2015).

Desde mi punto de vista, es necesario realizar una integración asimilativa de las estrategias y técnicas utilizadas. Cada terapeuta tiene su propio marco teórico de referencia y podrá utilizar en diferentes fases, diferentes intervenciones acopladas a su marco teórico de referencia que es el que va a dotar de coherencia a las intervenciones que puedan proceder de otros modelos. La integración coherente de estrategias y técnicas procedentes de marcos teóricos y técnicos diferentes, solo pueden ser realizadas desde esta perspectiva de la integración asimilativa (Messer, 2015).

Quisiera mencionar que resulta curioso que en los últimos dos años, han surgido comentarios y publicaciones en los modelos de psicoterapia más significativos en los que también autodefinen su abordaje integrador de los trastornos de

personalidad como transdiagnósticos, siendo el caso de: el modelo dialéctico conductual (Ritschel 2015), la psicoterapia cognitivo analítica (Mirapeix 2017), el modelo de psicoterapia basada en la mentalización (Fonagy 2011) y fundamentalmente quien se autodefine como integrador, eclético y transdiagnóstico es la última publicación realizada del modelo modular y eclético (Livesley 2015).

En los modelos mencionados hay diferentes orientaciones teóricas y quiero resaltar que, sólo desde el modelo dialéctico conductual se entiende como foco de intervención que subyace como elemento etiopatogénico de trastorno límite de personalidad a la inestabilidad emocional, aunque sin duda hay también un módulo específico dedicado a la mejora de las relaciones interpersonales (entre otros), de tal forma que va dirigido a una mejor regulación de las emociones en contextos interpersonales. Los otros modelos señalados concretamente la terapia focalizada la transferencia, la terapia cognitivo analítica y el modelo modular de Livesley, presentan un foco de atención común en los patrones de relación interpersonal disfuncionales. Es por esto que les vamos a prestar una atención especial.

Un modelo multifásico y politécnico de orientación cognitivo analítica extensa:

Como he descrito antes, en el tratamiento de pacientes con trastorno límite de personalidad grave, tal y como actualmente defienden la mayor parte de los especialistas (Livesley y cia), es necesario un abordaje integrador desde el punto de vista teórico y eclético desde el punto de vista técnico, en definitiva transdiagnóstico. El modelo cognitivo analítico que guía nuestro programa de intervención es integrador, multifásico, multicomponente, politécnico y transdiagnóstico, ajustándose a los requisitos que se plantean en el momento actual (Livesley 2015).

Desde mi punto de vista, la planificación estratégica y técnica dependerá del manejo y evolución de la función reflexiva a lo largo del proceso terapéutico. Esto hace plantearse un modelo de intervención en fases, en las que el déficit de la función reflexiva establece un marcador con una clara distinción en los procedimientos utilizados tanto a nivel de evaluación como de intervención (Luyten & Fonagy, 2015; Mirapeix, 2014).

La secuencia de intervenciones sigue estas fases (modificación de las señaladas por Livesley 2015). Fase 1: Evaluación, seguridad, intervenciones preparatorias (entre las que se incluyen intervenciones motivacionales, psicoeducativas, de entrenamiento en mindfulness y de intervención en crisis). Fase 2: Intervenciones dirigidas al incremento de la FR. Fase 3: Psicoterapia Cognitivo Analítica en Trastorno Límite de la personalidad con Función Reflexiva conservada, tratamiento del trauma. Fase 4: Integración, reinserción y alta si procede.

Las fases han sido descritas en otros lugares (Mirapeix 2017 a) y aquí solo voy a detallar la fase 2 dirigida al incremento de la Función Reflexiva, sobre la que vengo trabajando en los últimos años y que entra de lleno en la definición de variable transdiagnóstica.

Fase 2: incremento de la Función Reflexiva

Lo que describo a continuación es lo específico de la fase 2 y está dirigido a pacientes graves con FR disminuida. Este modelo es en el que me voy a centrar, donde he desarrollado una estructura de intervención, una planificación estratégica y una metodología de intervención técnica específica que van a constituir el centro de mi exposición. Los interesados en profundizar en esta fase, consultar un trabajo previo (Mirapeix, 2014).

La secuencia de las intervenciones avanza progresivamente de lo individual a lo relacional y de la identificación simple de los estados mentales propios a un análisis más complejo que está basado en una guía estratégica que denomino: proceso de auto y hetero observación relacional y contextual (PAHORC).

Las intervenciones en la fase uno, permiten controlar conductas de alto riesgo para el paciente, para otros y para el tratamiento. Los contenidos de las intervenciones psicoeducativas y motivacionales, colocan al paciente en un estadio de cambio que permiten entrar en la fase dos del tratamiento que describiré a continuación.

En esta fase 2, el objetivo fundamental es el incremento de la FR, que supone una ampliación de la conciencia reflexiva. Así dicho es demasiado general y difícil de operativizar. En un intento por describir en qué consiste el trabajo desarrollado en esta fase, he recurrido a describirlo como un proceso que sirve de guía estratégica y técnica que denomino PAHORC. Hay dos niveles de intervención dirigidos al incremento de la función reflexiva, uno básico y otro avanzado, pudiendo ser utilizados tanto a nivel individual como grupal. Las peculiaridades específicas del trabajo en grupo, por cuestión de espacio, no las abordaré aquí.

Recientemente he tenido la ocasión de desarrollar en un artículo la utilización conjunta de intervenciones dirigidas al incremento de la función reflexiva junto con el entrenamiento en Mindfulness (Mirapeix, 2015), entendiéndolo que éste es una función metacognitiva que favorece e incrementa a la capacidad de auto y hetero observación relacional y contextual.

Intervenciones básicas sobre la FR: focalizando en la mente del paciente: Evaluación de los Estados Mentales con el State Description Procedure (SDP, versión Española en la web de FUNDIPP). La representación ortogonal, Microanálisis de la arquitectura intra-estado (los componentes somáticos), Microanálisis de la transición inter-estados, Descripción de reciprocidades, Isomorfismo relacional, Consolidación de lo aprendido.

Intervenciones avanzadas sobre la FR: focalizando en la mente del otro, en la relación y en el contexto: La lectura de la mente del otro y el lenguaje no verbal, La circularidad interpersonal, La multivocalidad del *self* dialógico, Análisis contextual, Las intervenciones diacrónicas: el eje tiempo, La relación terapéutica, Las técnicas activas, El análisis de secuencias dialógicas, Metaprocetamiento.

El incremento de la Conciencia Reflexiva, viene facilitada por la descripción operativa del trabajo secuencial siguiendo la guía estratégica mencionada: el PAHORC (Mirapeix, 2014; Mirapeix, 2015). Ésta puede ser utilizada de forma

sincrónica, en el aquí y en el ahora, para analizar la micro estructura de los estados mentales, los sutiles cambios de uno a otro, o la combinación de componentes de un estado y de otro nuevo que se genera, los disfraces de los estados, o estados negados o de bloqueo que aparecen como vacío y que esconden, tras el mismo, emociones traumáticas. Esta guía estratégica, tiene también una utilidad diacrónica a lo largo del eje tiempo, en función del rango de tiempo que es analizado.

Es sólo posteriormente a esta fase de trabajo focalizado en la FR, cuando se entra en la siguiente fase y se utilizan los cuestionarios específicos y toda la metodología técnica de la psicoterapia cognitivo analítica clásica. Sólo con este nivel de complejidad cognitiva, con la FR desarrollada, es posible comprender en su complejidad y sutileza los procedimientos recíprocos de rol. De no ser así, los complejos diagramas secuenciales de los múltiples estados del *self*, pueden ser artificios racionalizados de microprocesos cognitivo afectivos altamente complejos, que no son del todo comprendidos por el paciente.

COMENTARIOS FINALES:

Todo el campo de los abordajes transdiagnósticos es muy novedoso por un lado y por otro está teniendo un gran éxito, por lo que existen numerosas publicaciones al respecto y este artículo ha abordado cosas muy específicas dejando otras muchas en las que se podría profundizar. Voy a realizar algún comentario en relación a algunos temas que me parecen relevantes.

Nuevas líneas de desarrollo en relación a las variables transdiagnósticas en los trastornos de personalidad:

Las nuevas aportaciones de los sistemas de clasificación incluidos en la sección III del DSM 5, plantean un diagnóstico categorial y otro dimensional que deben de combinarse para una nueva comprensión de los trastornos de la personalidad que sea más ajustada a la realidad clínica. Este nuevo sistema de clasificación incorpora una visión dimensional en la que se evalúan los rasgos temperamentales que en muchas ocasiones han sido evaluados en algunos trabajos como componentes transdiagnósticos que condicionan el abordaje terapéutico (Barlow 2016, Rosellini 2015).

Sí los trastornos de personalidad tienen un elemento común subyacente a los diferentes diagnósticos existentes, son los problemas interpersonales y su papel en los abordajes transdiagnósticos los hemos mencionado anteriormente. Asimismo, la problemática de la identidad pasa a ser uno de los nuevos criterios diagnósticos generales de los trastornos de personalidad y deberá de ser analizada pormenorizadamente para poder ser descrita en sus componentes y en términos operativos que permitan extraer componentes de la misma, que puedan ser utilizados como variables de características transdiagnósticas que guíen el abordaje terapéutico (Neacsiu 2015).

Los esquemas interpersonales y los mecanismos de defensa:

Hay desarrollos teóricos procedentes de la terapia cognitivo conductual, concretamente el modelo de terapia de esquemas de Young (2007), que permitiría utilizar los esquemas cognitivos disfuncionales como variables a tomar en consideración desde una perspectiva transdiagnóstica. Del mismo modo, los mecanismos de defensa que contribuyen a la regulación emocional y descritos en la literatura clásica psicoanalítica, cuenta hoy en día con instrumentos de evaluación que permiten el ser utilizados también como componentes de un abordaje transdiagnóstico. Una propuesta en la que se incluye estos dos componentes, esquemas cognitivos y mecanismos de defensa, está siendo desarrollada por el grupo de investigación internacional en variables transdiagnósticas que se está desarrollando en la universidad de Lisboa (Silva 2016).

Hay otras áreas prometedoras en el campo transdiagnóstico que solo quiero mencionar, su utilidad en los tratamientos on-line (Becker 2016, Fernandez Alvarez 2017) y nuevos desarrollos que vinculan las variables trasdiagnosticas con nuevos sistemas de clasificación como el HiTOP (Forbush 2017) o los criterios RDoC (Fernandez 2016) que permitirán suplir las deficiencias de los actuales sistemas de clasificación, promover nuevas líneas de investigación e intervención.

Nota

Ponencia presentada con mismo título en el congreso conjunto de la Asociación Española de Psicoterapias Cognitivas (ASEPCO) y la Asociación de Psicoterapia Cognitivo Analítica de España (APCAE), que tuvo lugar en Murcia en octubre de 2016.

Referencias bibliográficas

- Aldao, A. y Tull, M. T. (2015). Putting Emotion Regulation in Context. *Current Opinion in Psychology*, 3, 100-107.
- Baer, R. A. (2003). Mindfulness training as a clinical intervention: A conceptual and empirical review. *Clinical psychology: Science and practice*, 10(2), 125-143.
- Barlow, D. H., Allen, L. B., & Choate, M. L. (2004). Toward a unified treatment for emotional disorders. *Behavior Therapy*, 35, 205-230.
- Barlow, D. H., Farchione, T. J., Fairholme, C. P., Ellard, K. K., Boisseau, C. L., Allen, L. B., & May, J. T. E. (2010). *Unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: Therapist guide*. Oxford University Press.
- Barlow, D. H., & Kennedy, K. A. (2016). New approaches to diagnosis and treatment in anxiety and related emotional disorders: A focus on temperament. *Canadian Psychology/Psychologie canadienne*, 57(1), 8.
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2016). *Mentalization-based treatment for personality disorders: a practical guide*. Oxford University Press.
- 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.
- Becker, J., Zwerenz, R., Johansson, R., Frederick, R. J., Andersson, G., & Beutel, M. E. (2016). Using a transdiagnostic, psychodynamic online self-help intervention to maintain inpatient psychosomatic treatment effects: Study protocol of a feasibility study. *Internet Interventions*, 5, 30-35.

- Beutler, L. E., & Clarkin, J. F. (2014). *Systematic treatment selection: Toward targeted therapeutic interventions*. Routledge.
- Brooks-Harris, J. E. (2008). *Integrative Multitheoretical Psychotherapy*. Boston: Houghton-Mifflin.
- Brown, T. A., & Barlow, D. H. (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*(3), 256.
- Clarkin, J. F., & Kernberg, O. F. (2015). *Transference-focused psychotherapy for borderline personality disorder: A clinical guide*. American Psychiatric Pub.
- Critchfield, K. L. (2012). Tailoring common treatment principles to fit individual personalities. *Journal of personality disorders, 26*(1), 108-125.
- 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.
- Farchione, T. J., Fairholme, C. P., Ellard, K. K., Boisseau, C. L., Thompson-Hollands, J., Carl, J. R., ... & Barlow, D. H. (2012). Unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: a randomized controlled trial. *Behavior therapy, 43*(3), 666-678.
- Fernandez, K. C., Jazaieri, H., & Gross, J. J. (2016). Emotion regulation: a transdiagnostic perspective on a new RDoC domain. *Cognitive therapy and research, 40*(3), 426-440.
- Fernández-Alvarez, J., Díaz García, A., González Robles, A., Botella Arbona, C., & García Palacios, A. (2017). La regulación emocional en los trastornos emocionales, una piedra nodal para los abordajes transdiagnósticos: una revisión de la literatura.
- Fernández-Álvarez, J., Díaz-García, A., González-Robles, A., Baños, R., García-Palacios, A., & Botella, C. (2017). Dropping out of a transdiagnostic online intervention: A qualitative analysis of client's experiences. *Internet Interventions, 10*, 29-38.
- Fonagy, P., Bateman, A., & Bateman, A. (2011). The widening scope of mentalizing: A discussion. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 84*(1), 98-110.
- Fonagy, P., & Allison, E. (2014). The role of mentalizing and epistemic trust in the therapeutic relationship. *Psychotherapy, 51*(3), 372.
- Forbush, K. T., Hagan, K. E., Kite, B. A., Chapa, D. A., Bohrer, B. K., & Gould, S. R. (2017). Understanding eating disorders within internalizing psychopathology: A novel transdiagnostic, hierarchical-dimensional model. *Comprehensive Psychiatry*.
- Frances, A., Clarkin, J. F., & Perry, S. (1984). *Differential therapeutics in psychiatry: The art and science of treatment selection*. Brunner-Routledge.
- Giesen-Bloo, J., Van Dyck, R., Spinhoven, P., Van Tilburg, W., Dirksen, C., Van Asselt, T., ... & Arntz, A. (2006). Outpatient psychotherapy for borderline personality disorder: randomized trial of schema-focused therapy vs transference-focused psychotherapy. *Archives of general psychiatry, 63*(6), 649-658.
- Girard, J. M., Wright, A. G., Beeney, J. E., Lazarus, S. A., Scott, L., Stepp, S. D., & Pilkonis, P. A. (2017). Interpersonal Problems Across Levels of the Psychopathology Hierarchy. *Comprehensive Psychiatry* (in press).
- Greeson, J., Garland, E. L., & Black, D. (2014). Mindfulness: A transtherapeutic approach for transdiagnostic mental processes. *The Wiley Blackwell handbook of mindfulness, 531-562*.
- Gross, J. J. (Ed.). (2013). *Handbook of emotion regulation*. Guilford publications.
- Gross, J. J. (2015). Emotion regulation: Current status and future prospects. *Psychological Inquiry, 26*, 1-26.
- Harvey, A. G., Watkins, E. R., Mansell, W., & Shafran, R. (2004). *Cognitive behavioural processes across psychological disorders: A transdiagnostic approach to research and treatment*. Oxford: Oxford University Press.
- Harvey, A. G., Murray, G., Chandler, R. A., & Soehner, A. (2011). Sleep disturbance as transdiagnostic: consideration of neurobiological mechanisms. *Clinical psychology review, 31*(2), 225-235.
- Hofmann, S. G., Sawyer, A. T., Witt, A. A., & Oh, D. (2010). The effect of mindfulness-based therapy on anxiety and depression: A meta-analytic review. *Journal of consulting and clinical psychology, 78*(2), 169.
- Ingram, R. E. (1990). Self-focused attention in clinical disorders: Review and a conceptual model. *Psychological Bulletin, 109*, 156-176.
- Leary, T. (1958). Interpersonal diagnosis of personality. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation, 37*(6), 331.
- Linehan, M. M., Armstrong, H. E., Suarez, A., Allmon, D., & Heard, H. L. (1991). Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of general psychiatry, 48*(12), 1060-1064.
- Linehan, M. M. (2014). *DBT skills training manual*. Guilford Publications.

- Livesley, W. J. (2012). Integrated treatment: A conceptual framework for an evidence-based approach to the treatment of personality disorder. *Journal of personality disorders*, 26(1), 17-42.
- Livesley, W. J., Dimaggio, G., & Clarkin, J. F. (Eds.). (2015). *Integrated treatment for personality disorder: A modular approach*. Guilford Publications.
- Lopez, M. E., Stoddard, J. A., Noorollah, A., Zerbi, G., Payne, L. A., Hitchcock, C. A., ... & Ray, D. B. (2015). Examining the efficacy of the unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders in the treatment of individuals with borderline personality disorder. *Cognitive and Behavioral Practice*, 22(4), 522-533.
- Luyten, P. & Fonagy, P. (2015). Psychodynamic Treatment for Borderline Personality Disorder and Mood Disorders: A Mentalizing Perspective. In *Borderline Personality and Mood Disorders* (pp. 223-251). Springer.
- Mansell, W., Carey, T. A., & Tai, S. (2012). *A transdiagnostic approach to CBT using method of levels therapy: Distinctive features*. Routledge.
- Mansell, W., Harvey, A., Watkins, E., & Shafran, R. (2009). Conceptual foundations of the transdiagnostic approach to CBT. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 23(1), 6-19.
- McEvoy, P. M., Burgess, M. M., Page, A. C., Nathan, P., & Fursland, A. (2013). Interpersonal problems across anxiety, depression, and eating disorders: A transdiagnostic examination. *British Journal of Clinical Psychology*, 52(2), 129-147.
- Messer, S. B. (2001). Introduction to the special issue on assimilative integration. *Journal of Psychotherapy Integration*, 11(1), 1.
- Messer, S. B. (2015). Assimilative psychotherapy integration. *The Sage encyclopedia of theory in counseling and psychotherapy*, 1, 63-66.
- Mirapeix, C. (2014). Intervenciones dirigidas al incremento de la función reflexiva en psicoterapia cognitivo analítica del TLP. Recuperado de: http://revistamentalizacion.com/ultimonumero/intervenciones_dirigidas_al_incremento_de_la_fr.pdf
- Mirapeix, C. (2015). Conciencia reflexiva del self relacional: Mindfulness, mentalización e integración en psicoterapia. *Norte de Salud Mental*, 13, 35-45.
- Mirapeix (2017). Una aproximación a la psicoterapia integrada del trastorno límite de la personalidad: algunos principios generales. En: *abordaje integrador del trastorno límite de la personalidad*. Editores: Carlos Mirapeix Costas, Javier Vázquez Bourgon, Andrés Gómez del Barrio, Jesús Artal Simón. Consejería de Sanidad, Gobierno de Cantabria (en prensa)
- Mirapeix (2017a). Psicoterapia cognitivo-analítica en el trastorno límite de la personalidad. En: *abordaje integrador del trastorno límite de la personalidad*. Editores: Carlos Mirapeix Costas, Javier Vázquez Bourgon, Andrés Gómez del Barrio, Jesús Artal Simón. Consejería de Sanidad, Gobierno de Cantabria (en prensa)
- Neacsu, A. D., Herr, N. R., Fang, C. M., Rodriguez, M. A., & Rosenthal, M. Z. (2015). Identity disturbance and problems with emotion regulation are related constructs across diagnoses. *Journal of clinical psychology*, 71(4), 346-361.
- Prochaska, J., & Norcross, J. (2013). *Systems of psychotherapy: A transtheoretical analysis*. Nelson Education.
- Ryle, A. & Kerr, I. (2006). Introducción a la Psicoterapia cognitivo analítica. Bilbao, España: Desclee de Brouwer.
- Ritschel, L. A., Lim, N. E., & Stewart, L. M. (2015). Transdiagnostic applications of DBT for adolescents and adults. *American journal of psychotherapy*, 69(2), 111-128.
- Rosellini, A., Boettcher, H., Brown, T., & Barlow, D. H. (2015). A transdiagnostic temperament-phenotype profile approach to emotional disorder classification: an update. *Psychopathology Review*, 2(1), 110-28.
- Sandín, B., Chorot, P., & Valiente, R. M. (2012). Transdiagnóstico: nueva frontera en psicología clínica. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 17(3), 185-203.
- Sauer-Zavala, S., Bentley, K. H., & Wilner, J. G. (2016). Transdiagnostic treatment of borderline personality disorder and comorbid disorders: a clinical replication series. *Journal of personality disorders*, 30(1), 35-51.
- Sauer-Zavala, S., Gutner, C. A., Farchione, T. J., Boettcher, H. T., Bullis, J. R., & Barlow, D. H. (2017). Current definitions of "transdiagnostic" in treatment development: A search for consensus. *Behavior therapy*, 48(1), 128-138.
- Schilling, L., Moritz, S., Köther, U., & Nagel, M. (2015). Preliminary results on acceptance, feasibility, and subjective efficacy of the add-on group intervention Metacognitive Training for Borderline Patients. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 29(2), 153-164.

- Sheppes, G., Suri, G. y Gross, J. J. (2015). Emotion Regulation and Psychopathology. *Annual Review of Clinical Psychology, 11*, 379-405.
- Silva, R. A. D. D. (2016). *A perspectiva transdiagnóstica pela voz de psicoterapeutas e supervisores: um estudo qualitativo pela variedade de fatores* (Doctoral dissertation).
- Sullivan, H. S. (Ed.). (2013). *The interpersonal theory of psychiatry*. Routledge.
- Weissman, M. M., Markowitz, J. C., and Klerman, G. L. (2000). *Comprehensive guide to interpersonal psychotherapy*. Nueva York, NY: Basic Books.