

**LA FRONTERA SIN LÍMITE:**

**EL ENFOQUE TRANSDIAGNÓSTICO EN LA CIENCIA PSICOLÓGICA**

*THE BOUNDLESS FRONTIER:*

*THE TRANSDIAGNOSTIC APPROACH IN PSYCHOLOGICAL SCIENCE.*

E. Pompilio<sup>1</sup>, S. De Lucca<sup>2</sup>, S. Carpio<sup>3</sup> y B. Castro<sup>4</sup>.

Fecha de recepción: 26/07/2024 - Fecha de aceptación: 30/08/2024

**RESUMEN**

Desde el inicio de la humanidad se ha tratado de comprender la conducta anormal. La psicopatología es un campo reciente y su historia está llena de lagunas. Los conceptos sobre la locura reflejan las creencias dominantes de cada época, y esto ha influido en la evolución de las clasificaciones diagnósticas. Kraepelin es fundamental en la historia de la clasificación de enfermedades mentales, proponiendo un sistema basado en manifestaciones clínicas más que en causas. Este enfoque ha influido en sistemas como el DSM y el CIE. Sin embargo, la creciente insatisfacción con estos sistemas, debido a su falta de validez y la elevada comorbilidad, ha llevado a la consideración de un enfoque transdiagnóstico. El enfoque transdiagnóstico destaca por su visión holística de los trastornos mentales, centrándose en procesos psicopatológicos comunes a diversos trastornos. Esto permite un tratamiento más integrado y eficiente, ofreciendo una base prometedora para la prevención y atención de trastornos mentales. Aunque no se opone al enfoque categorial, el enfoque transdiagnóstico busca complementar y enriquecer el entendimiento y tratamiento de los problemas de salud mental. El enfoque transdiagnóstica, enfatiza procesos comunes, en lugar de diagnósticos específicos, presentando un enfoque integrador y flexible para el tratamiento.

Palabras clave: transdiagnóstico; sistema categorial, psicopatología.

1 Universidad de Congreso. Contacto: pompilioe@profesores.ucongreso.edu.ar

2 Universidad de Congreso. Contacto: deluccasj@alumnos.ucongreso.edu.ar

3 Universidad de Congreso. Contacto: carpioselene@alumnos.ucongreso.edu.ar

4 Universidad de Congreso. Contacto: brisacastronc@alumnos.ucongreso.edu.ar

## **ABSTRACT**

Since the dawn of mankind, attempts have been made to understand abnormal behaviour. Psychopathology is a recent field and its history is full of gaps. The concepts of madness reflect the dominant beliefs of each era, and this has influenced the evolution of diagnostic classifications. Kraepelin is central to the history of the classification of mental illnesses, proposing a system based on clinical manifestations rather than causes. This approach has influenced systems such as the DSM and CIE. However, growing dissatisfaction with these systems, due to their lack of validity and high comorbidity, has led to the consideration of a transdiagnostic approach. The transdiagnostic approach stands out for its holistic view of mental disorders, focusing on psychopathological processes common to various disorders. This allows for a more integrated and efficient treatment, offering a promising basis for the prevention and care of mental disorders. Although not opposed to the categorical approach, the transdiagnostic approach seeks to complement and enrich the understanding and treatment of mental health problems. The transdiagnostic approach emphasizes common processes rather than specific diagnoses, presenting an integrative and flexible approach to treatment.

Keywords: transdiagnostic; categorical system, psychopathology.

## INTRODUCCIÓN

Desde el inicio de la civilización, esta se ha preocupado por comprender la conducta anormal y sus intentos de explicación han estado presentes en la historia de la humanidad. El estudio de la historia de la psicopatología es un campo muy reciente. “La explicación de cómo se ha abordado la conducta anormal a lo largo de la historia está repleta de lagunas, o mejor aún, es una laguna con algunas islas de conocimiento” (Vázquez, 1990b, p. 416 citado en Gómez Guimaraes et al. 2015 p. 3.)

Los conceptos sobre la locura no surgen al margen de una determinada visión del mundo, por lo que no son neutros. Detrás de cada término que trata de describir un comportamiento anormal se establecen puentes entre las creencias dominantes en un momento dado y algunos pocos hechos (Coto, Gómez-Fontail y Belloch, 1995, citado en Gómez Guimaraes et al. 2015 p. 3).

Hace varias décadas que se plantean disconformidades respecto a los diagnósticos categoriales, y el aumento exuberante de diagnósticos, modificaciones que, en vez de mejorar el sistema, aumenta las personas que pueden llegar a presentar un trastorno.

Esta disconformidad va de acuerdo a las categorías que se utilizan en salud en general como el Clasificación Internacional de Enfermedad, versión 10 y en particular en salud mental el Manual diagnóstico y estadístico 5 revisado.

Siguiendo a Gonzalez Pando et al. (2018), una visión histórica en salud mental nos lleva a considerar que lo verdaderamente innovador del transdiagnóstico tendría que ver con una acepción poco conocida del propio término “innovar”, cuyo significado es la “vuelta de una cosa a su anterior estado”, más que con la consabida acepción de introducir algo novedoso. Así, la originalidad del transdiagnóstico consiste en la vuelta a los orígenes, pues una visión trans-

diagnóstica de los problemas ya existía en la tradición de la salud mental antes de la introducción formal del término. Así, los modelos psicodinámicos, humanista, conductual, sistémico, etc. son transdiagnósticos de origen y vocación, y ejemplos de conceptos transdiagnósticos están presentes en muy distintos enfoques: los mecanismos de defensa, los pensamientos irracionales, los esquemas disfuncionales, los principios del condicionamiento o, incluso, la propia psicofarmacología (...). Una nueva forma de entender los trastornos mentales más holística, con implicaciones muy importantes tanto desde el punto de vista teórico psicopatológico como práctico, referido al tratamiento y los cuidados, sin menoscabo de ofrecer un modelo de gran alcance para impulsar la prevención. En este sentido, lo relevante es que ofrece una serie de dimensiones que no solo habilitan nuevas formas de comprender los problemas, apuntando distintos focos de atención y tratamiento, sino que establece una base para la prevención de los trastornos mentales, un campo escasamente desarrollado y ayuno de modelos potentes y competentes para alcanzar los objetivos que pretende (pp. 155-156).

## DESARROLLO

### **Kraepelin y la clasificación siguiendo al modelo médico**

El trabajo de Kraepelin es considerado al tiempo que un compendio de una propuesta clasificatoria. Sobre su clasificación, Blashfield (1984 citado en Gómez Guimaraes et al. 2015 p. 3.) destaca la adherencia al modelo médico. Siguiendo este modelo los trastornos mentales representan estados de enfermedad subyacente. El principio fundamental de su clasificación es que las enfermedades mentales pueden ser aisladas agrupando aquellos pacientes cuyos trastornos tengan un curso similar (Gómez Guimaraes et al. 2015 p. 3.)

Siguiendo a Gómez Guimaraes et al. (2015) plantea que el sistema de clasificación de

las enfermedades mentales de Kraepelin es en el que se basan los sistemas de clasificación actuales de mayor influencia como lo son el DSM e ICD (...). Kraepelin propone la creación de sistemas clasificatorios basados en las manifestaciones clínicas de las alteraciones y no en sus supuestas causas (Vázquez, 1990b citado en Gómez Guimaraes et al. 2015 p. 4). Siguiendo este criterio, efectuó una clasificación con criterios pragmáticos teniendo en cuenta la imposibilidad de realizar una clasificación taxonómica siguiendo los criterios tradicionales de la medicina: Síntomas, Curso y Etiología. Vázquez señala el énfasis especial que Kraepelin le da a la observación longitudinal. Por este motivo el curso de los pacientes era determinante para el diagnóstico (pp. 3-4).

Gómez Guimaraes (2014) refiere que Blashfield habla de la perspectiva de Kraepelin sobre las enfermedades y conceptos clasificatorios como una perspectiva platónica. Según esta perspectiva los tipos ideales existen más allá del mundo de las formas materiales y objetos naturales. Cualquier objeto natural sería una aproximación de un tipo ideal universal. Aplicado a la medicina, las enfermedades son los tipos ideales y cada una es solo la aproximación a un proceso esencial de enfermar. La tarea 5 de la ciencia siguiendo esta perspectiva sería descubrir estas enfermedades esenciales y su forma básica expresada a través de los síntomas del paciente (pp. 4-5)

Dos conceptos revolucionarios para esa época le llevaron a extender su influencia: La locura maníaco-depresiva (Actual Trastorno Bipolar en DSM 5) y Demencia Precoz (Actual esquizofrenia). La locura maníaco-depresiva era una fusión de dos conceptos descriptivos, manía y melancolía. Hasta entonces se habían identificado únicamente por separado durante más de dos mil años (Blashfield, 1984, citado en Gómez Guimaraes et al. 2015 p. 5).

## Un cambio de visión: transdiagnóstico

Siguiendo a González Pando et al. (2018) (...) tres elementos interrelacionados: la insatisfacción con los sistemas diagnósticos en salud mental, el problema derivado de la elevada comorbilidad y el riesgo de estar promoviéndose la medicalización de problemas de la vida o acontecimientos vitales (p. 147).

1. La insatisfacción con las taxonomías CIE y DSM ha sido relacionada fundamentalmente con su falta de validez, tanto discriminante como conceptual y predictiva. A diferencia de lo que suele ocurrir con las enfermedades médicas, los trastornos psicopatológicos no se identifican mediante pruebas o marcadores biológicos, sino que el diagnóstico es clínico, basado en síntomas. No existe una sola prueba que permita el diagnóstico inequívoco, ni de imagen, ni de laboratorio, como ocurre en otras especialidades. Así, los sistemas oficiales (CIE, DSM) se basan en categorías definidas por características clínicas, no por supuestos etiológicos. La razón de ser de estas taxonomías es proporcionar una herramienta para el diagnóstico mediante un lenguaje psicopatológico descriptivo. Esta forma de proceder ha sido vista como meramente provisional, en tanto se esperaba que las neurociencias aportaran marcadores biológicos para el diagnóstico, quizá en veinte años para el caso de cuadros como la esquizofrenia, de hipotética base biológica. Sin embargo, ya hace más de veinte años se esperaba también que la genética de base estadística se convirtiera en genética de base molecular y nada hay más lejos de la realidad. Siendo así para la esquizofrenia, el trastorno psiquiátrico con mayor investigación a nivel mundial, resulta justificado plantearse qué marcadores cabe esperar del resto de desórdenes, en los cuales las hipótesis neurobiológicas son menos claras. Ante esta ausencia de pruebas o marcadores, las clasificaciones son el principal recurso para el diagnóstico, y un aspecto de lo más relevante es su utilidad

clínica. La utilidad de un sistema depende básicamente de su validez, y la validez de una clasificación se refiere a su capacidad para identificar y diferenciar los elementos que pretende clasificar. Sin embargo, las taxonomías psiquiátricas presentan como dificultad más importante la falta de validez, un problema que afecta a los tres tipos de validez que resultan fundamentales: discriminante, conceptual y predictiva. La validez discriminante o de contenido hace referencia a la posibilidad de identificar o discriminar claramente un diagnóstico de otro y de estos respecto a la normalidad. La validez conceptual o de constructo se refiere a qué son los fenómenos clínicos, ¿qué es la esquizofrenia?, etc. Por su parte, la validez predictiva es la que permite predecir cuál será la evolución clínica y la respuesta al tratamiento. Siendo así, los diagnósticos (CIE, DSM) fallan en los tres tipos de validez. En primer lugar, no permiten establecer inequívocamente la presencia o ausencia de un trastorno, ni tampoco si se trata de un determinado trastorno y no de otro diferente. Tampoco permiten definir con precisión el fenómeno psicopatológico al que se refieren, dejando fuera buena parte de las experiencias que viven los pacientes. Finalmente, los diagnósticos psicopatológicos tampoco sirven para predecir cuál será la evolución clínica ni la respuesta al tratamiento, siendo característica la elevada variabilidad. La falta de validez de los diagnósticos psiquiátricos es tal que el National Institute of Mental Health (NIMH) anunció, de manos de su director, que no utilizaría el DSM-5. Por su parte, una corriente emergente denominada Red Internacional de Psiquiatría Crítica apuesta por la abolición de los sistemas de diagnóstico psiquiátrico, argumentando que su uso incrementa el estigma, no ayuda a orientar adecuadamente el tratamiento, supone un empeoramiento del pronóstico a largo plazo e impone creencias occidentales sobre la salud mental a otras culturas. Así, se hace preciso considerar también la validez consecuen- cial, un concepto que hace referencia a las consecuencias sociales del diagnóstico. Al

problema de la falta de validez, habría que añadir la escasa fiabilidad de los diagnós- ticos, estimada generalmente mediante el índice kappa. Considerándose “bueno” un kappa por encima de 0.60 y “muy bueno” por encima de 0.80, la práctica totalidad de diagnósticos caen por debajo de 0,60 en los estudios de campo previos al DSM-5 (González Pando et al., 2018, pp. 147-148).

2. Una dificultad importante en salud men- tal es la elevada comorbilidad entre trastor- nos, de forma que la comorbilidad se consi- dera ya una característica de los trastornos mentales. Este fenómeno se relaciona con las dificultades de las clasificaciones diag- nósticas, pero también con su desmesura- do crecimiento: de las 106 categorías en el DSM-I de 1952 se ha pasado a las más de 300 que recoge el DSM-5 en 2013. A medida que proliferaron los diagnósticos fue incremen- tándose la comorbilidad, que es ya más nor- ma que excepción. El 59% de personas con depresión mayor; el 77% de usuarios con diagnóstico de anorexia nerviosa; el 80% de pacientes con abuso de drogas o el 96% de sujetos con trastorno obsesivo compulsivo presentan al menos otro síndrome clínico comórbido como diagnóstico secundario. Si consideramos además los trastornos de personalidad, tan prevalentes en algunas poblaciones clínicas, lo que se ofrece es un panorama psicopatológico realmente muy complejo. Como señalan Sandín, Chorot y Valiente, la comorbilidad supone un claro desafío a la conceptualización categorial de los trastornos. Cabe preguntarse si esta comorbilidad es aleatoria o si responde a algún patrón, de forma que determinados trastornos se asocien selectivamente con otros. La respuesta nos la ofrece la investi- gación empírica, mostrando la existencia de patrones característicos de comorbilidad. Esta asociación selectiva entre trastornos se ha explicado mediante la constatación de procesos o núcleos psicopatológicos com- partidos entre diversos problemas de salud mental, siendo este el significado original del término “transdiagnóstico”, introduci- do por primera vez en 2003 por Fairburn

et al. en el contexto de los trastornos de la conducta alimentaria (TCA). Estos autores comprobaron que pacientes con TCA compartían un núcleo psicopatológico común, a la vez que, con frecuencia, durante la evolución clínica cambiaban su diagnóstico. Esta “migración” diagnóstica no ocurriría al azar, sino porque las diferentes formas clínicas de TCA representarían en realidad un mismo trastorno en evolución. El núcleo psicopatológico que mantiene los TCA sería común, y así la diferencia entre anorexia y bulimia nerviosa estaría únicamente en el grado de éxito alcanzado en el control del peso corporal. Considerar la existencia de procesos comunes en diferentes trastornos permite explicar tanto la comorbilidad como el elevado solapamiento de síntomas entre distintos trastornos, y de ello se derivan importantes implicaciones clínicas y terapéuticas. (González Pando et al., 2018, pp. 148-149)

3. El creciente número de trastornos y subtipos en las nosologías, la falta de validez y el rebajamiento del umbral diagnóstico en algunos casos suponen el riesgo de introducir la psicopatología en la normalidad; es decir, medicalizar problemas de la vida y convertirlos en problemas psiquiátricos. A medida que crece el número de diagnósticos, habida cuenta de sus límites imprecisos, la probabilidad de que un sujeto tomado al azar “caiga” dentro de alguno, o varios de ellos, aumenta. En los últimos años se ha producido una inflación de la población psiquiátrica. En cuadros como los trastornos afectivos, los umbrales diagnósticos han sido rebajados y en otros se han introducido conceptos tan difusos que permiten entender y atender problemas de las personas o de la vida como si de condiciones clínicas se tratase. Así, resulta dable transformar la inmadurez o la inquietud en hiperactividad, la timidez en fobia social, la tristeza o el duelo en depresión, o las rabietas en un trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo en la infancia, como recoge el DSM-5. En este contexto, las tasas de prevalencia van en aumento, el trastorno bipolar se

extiende hacia la infancia y el TDAH, pese a ser controvertida su propia existencia como entidad clínica, crece y alcanza cifras alarmantes, extendiéndose hacia la adultez (González Pando et al., 2018, pp. 149-150).

### **¿En qué nos ayuda apoyarnos en un enfoque transdiagnóstico?**

Siguiendo a González Pando et al. (2018), (...) este enfoque resulta de la acumulación de evidencias científicas sobre el solapamiento de síntomas, lo que ha llevado a la identificación de procesos psicopatológicos comunes a distintos trastornos. Viene a introducir una nueva perspectiva en el campo de la salud mental y representa una forma más convergente e integradora de aproximarse a los trastornos. Sin embargo, su utilidad va más allá de superar las limitaciones del enfoque diagnóstico categorial. Al focalizarse singularmente en las dimensiones que comparten distintos trastornos, habilita nuevas formas de abordar los problemas, proporcionando una base prometedora no solo para la atención, sino también para la prevención de los trastornos mentales. De hecho, se ha señalado su utilidad para el diseño de programas de prevención de trastornos que comparten elementos comunes. Por lo tanto, representa un enfoque científico con una vertiente aplicada fundamental; la implementación de intervenciones terapéuticas y preventivas más parsimoniosas y eficientes, al ser válidas para conjuntos de trastornos. Así, se trata de un nuevo encuadre para el abordaje de los problemas mentales, que además permite construir instrumentos fiables y estandarizados para su medida. Ofrece tanto la posibilidad de diseñar tratamientos individualizados «ad hoc» adaptados a cada paciente, como intervenciones en formato grupal para distintos trastornos que comparten un proceso común. De hecho, los programas de tratamiento transdiagnóstico son especialmente útiles para su aplicación en formato grupal. No olvidemos que una intervención es transdiagnóstica porque trata un proceso común a diversos trastornos. Ello puede

resultar especialmente interesante en contextos en los que la demanda asistencial es elevada y los recursos terapéuticos escasos, favoreciendo la eficiencia y la sostenibilidad. (...) Como señala Pérez-Álvarez, las dimensiones transdiagnósticas son a las categorías diagnósticas como los pliegues tectónicos a las cordilleras con sus montañas sobresalientes. Esta forma de considerar los problemas psicopatológicos puede tener gran relevancia en la docencia de los futuros profesionales de la salud mental. Además, ofrece ventajas adicionales, como favorecer la comunicación interprofesional, ayudar a comprender mejor el fenómeno de la comorbilidad y avanzar en la comprensión de los factores etiológicos involucrados en trastornos sintomatológicamente diferentes. Finalmente, en su vertiente terapéutica, este enfoque podría tanto reducir el riesgo de recaídas como de abandonos de tratamiento respecto a un abordaje unitrastro. Esta posibilidad se debe, por un lado, a que el rango de problemas y de interrelaciones que pueden abarcarse es mayor y, por otro, a que el tratamiento grupal que el modelo permite implementar atenúa ciertas amenazas de la relación diádica (pp. 152-153).

## Diferencias de discurso y perspectiva de ambos enfoques

**Tabla 1**

Transdiagnóstico/fenomenología	Taxonomías diagnósticas/clínica tradicional
Modelo dimensional-categorial prototípico (basado en estructuras, núcleos, gestalt)	Modelo categorial criterial (recuento de síntomas, tipo 5 de 10, etc.)
Apuesta por la transversalidad	Apuesta por la especificidad
Énfasis en principios generales	Énfasis en técnicas específicas
Óptica convergente Perspectiva molar	Óptica divergente Perspectiva molecular
Comprensión del problema	Explicación del problema
Protocolos unificados para problemas comunes a distintos trastornos	Intervenciones específicas unitrastro
Atención a las experiencias alteradas de la subjetividad o gestalt y a dimensiones transdiagnósticas	Atención a los síntomas y a las categorías diagnósticas
Relación terapéutica como pilar fundamental del tratamiento y cuidado	Importancia relativa de la relación terapéutica

*Nota.* La presente tabla muestra las diferencias entre el enfoque transdiagnóstico y el tradicional. Extraída de González Pando et al. (2018, p. 165).

## Hacia una frontera sin límites

El paradigma transdiagnóstico no debe entenderse como una oposición al enfoque categorial, sino como una integración de este, como refiere Sandín et al. (2012, p. 187) “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”. Esta mirada permite colocar la atención a aquellos factores nucleares de un trastorno y partir de ellos para lograr una intervención no singular a cada trastorno, sino general de los trastornos.

Como se ha podido desarrollar, el enfoque transdiagnóstico no es algo nuevo, ya varios autores han desarrollado conceptos de gran relevancia sobre el transdiagnóstico. Algunos antecedentes que han servido para sentar las bases para el enfoque se pueden encontrar en Mowrer, Skinner, Wolpe, Eysenck, Ellis, Beck, entre otros (Sandín et al., 2012, p. 190).

De igual manera el aspecto novedoso que en la actualidad se plantea tiene que ver con el avance sobre un punto de integración más allá del diagnóstico o la investigación, es poder poner el foco en los síntomas que se presentan. Esta mirada es importante entenderla como complementaria a las terapias cognitivo-conductuales, y no como una nueva terapia.

Si se piensa en el tratamiento, la terapia cognitivo-conductual transdiagnóstica se puede definir como “una forma de terapia destinada a individuos que presentan múltiples diagnósticos y cuya terapia no se basa en el conocimiento de estos diagnósticos para ser efectiva” (Sandín et al., 2012, p. 196). Esto refleja el carácter integrativo de la misma, ya que se hace especial hincapié en aquellos aspectos comunes que se comparten en los diferentes diagnósticos y no solo al aspecto descriptivo y categorial de los mismos. Dentro de esta perspectiva de hay

algunas características que son mencionadas (Sandín et al., 2012, p. 196):

1. Focalización en procesos cognitivos, conductuales y fisiológicos que son compartidos o comunes a través de los diferentes trastornos.
2. La ausencia de evaluación diagnóstica
3. La adopción de un enfoque científico convergente o integrativo.

Si bien la evidencia empírica sobre la terapia cognitivo-conductual transdiagnóstica es aún limitada, las posibilidades que presenta son muchas y en diversos ámbitos de la psicología clínica (Sandín et al., 2012).

Siguiendo a Belloch (2012):

Todos sabemos que las presiones asistenciales son muy elevadas, mientras que la disponibilidad económica, profesional, de medios, y de tiempo, es más bien escasa tanto si nos situamos en un ámbito sanitario público como en el privado. Bienvenido sea todo lo que ayude a diseminar los tratamientos eficaces en salud mental y a facilitar el acceso a los mismos a la mayor cantidad de personas que verdaderamente los necesiten. Pero sería lamentable que esto fuera una excusa para rebajar los índices de calidad de nuestros tratamientos en aras a la cantidad, y para conformarnos con disminuir nuestras exigencias a la hora de evaluar la eficacia de nuestra actividad (p. 309)

## METODOLOGÍA

Se buscó la revisión de la literatura actualizada sobre la temática abordada. Se realizó una revisión sistémica buscando generar una actualización sobre los puntos fuertes del enfoque y las discrepancias que actualmente presenta la ciencia psicológica respecto al modelo clásico categorial que ha dominado casi un siglo.



## **Objetivo general**

Realizar una revisión de la literatura científica disponible en diversos repositorios sobre el enfoque transdiagnóstico y el enfoque categorial.

## **Objetivos específicos**

Sintetizar la información encontrada para dar cuenta de las diferencias existentes.

Repensar a la luz de los nuevos descubrimientos de la ciencia psicológica los aportes a que pueden ser llevados a la praxis psicológica.

## **RESULTADOS**

A partir de dejar expuestas sus ventajas y desventajas dentro de lo novedoso de este enfoque, parece de gran importancia considerar que sus posibilidades son verdaderamente amplias y que, a medida que el tiempo pasa, existe un enorme avance en cuanto a la utilización de este mismo. Por lo tanto, se debería apuntar a la necesidad de definir con una mayor claridad los diferentes significados que se dan para este término y apuntar a nuevos y actualizados soportes científicos que permitan enriquecer este enfoque transdiagnóstico.

Los enfoques categoriales han sido de gran utilidad durante mucho tiempo y aun lo siguen siendo, pero necesitamos atravesar las fronteras que muchas veces se han vuelto suficientemente rígidas que han dificultado ver la visión general del problema y cual es principal a donde debemos intervenir para que una pieza mueva las siguiente al igual que el engranaje de un reloj.

La ciencia psicológica es una disciplina que debe posicionarse a la vanguardia en los conocimientos teóricos y técnicos sobre el comportamiento humano, en la actualidad los avances en materia de comprensión del ser humano son amplios y cada vez con mayor profundidad, es por eso que la psicología debe poder ampliar las miradas con lo que trata de dar respuesta a los problemas de comportamiento humano. En este sentido el enfoque transdiagnostico es un paso significativo hacia una comprensión mucho más integral y global de la persona, lo cual genera como efecto mayores posibilidades de tratamientos más eficaces.

Es importante resaltar el carácter integrativo del enfoque transdiagnostico, ya que su riqueza proviene de la inclusión, valorando aquellos aportes que tienen una sólida consistencia científica.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Asociación Americana de Psiquiatría. (2013). *Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. (5ta. ed.). Editorial Médica Panamericana.

Belloch, A. (2012). Para un enfoque transdiagnóstico de los trastornos mentales y del comportamiento: evidencia, utilidad y limitaciones. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 17(3), pp. 295-311. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4283581>

Gómez Guimaraes, D. A., García Medina, P. (2015). *Desarrollo histórico de la clasificación y el diagnóstico en psicopatología*. [Trabajo Final de Grado]. <https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/915/2587/1/DESARROLLO+HISTORICO+DE+LA+CLASIFICACION+Y+EL+DIAGNOSTICO+EN+PSICOPATOLOGIA.pdf>

González Pando, D., Cernuda Martínez, J. A., Alonso Pérez, F., Beltrán García, P. y Aparicio Basauri, V. (2018). Transdiagnóstico: origen e implicaciones en los cuidados de la salud mental. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq*, 38(133), 145-166. 10.4321/S0211-57352018000100008

Sandín, B., Chorot, P. y Valiente R. (2012). Transdiagnóstico: Nueva frontera en psicología clínica. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*. 17(3), pp. 185-203. [https://www.aepp.net/wp-content/uploads/2020/05/02\\_2012\\_n3\\_sandin\\_chorot\\_valiente.pdf](https://www.aepp.net/wp-content/uploads/2020/05/02_2012_n3_sandin_chorot_valiente.pdf)