

Transdiagnóstico: origen e implicaciones en los cuidados de salud mental

Transdiagnosis: origin and implications for mental health care

DAVID GONZÁLEZ PANDO^a, JOSÉ ANTONIO CERNUDA MARTÍNEZ^a, FERNANDO ALONSO PÉREZ^a, PALMA BELTRÁN GARCÍA^b, VÍCTOR APARICIO BASAURI^c

(a) Facultad de Enfermería de Gijón. Universidad de Oviedo, España.

(b) Servicio de Salud del Principado de Asturias, España.

(c) Universidad Nacional de Lanús, Argentina.

Correspondencia: David González Pando (gonzalezp david@uniovi.es).

Recibido: 22/09/2017; aceptado con modificaciones: 18/01/2018

Resumen: El enfoque transdiagnóstico representa una innovación en salud mental de gran calado teórico de la que se derivan importantes implicaciones a nivel interdisciplinar. Se presentan los antecedentes del modelo referidos a tres problemas interrelacionados: insatisfacción con el diagnóstico psicopatológico, riesgo de medicalización de la vida normal y elevada comorbilidad psicopatológica. El transdiagnóstico surge al constatarse la existencia de un número reducido de procesos comunes a muy diversos trastornos. Este planteamiento permite reconsiderar de forma radical los cuidados de salud mental, desde la propia comprensión de los trastornos a su terapéutica, incluyendo la prevención y promoción de la salud mental. Los cuidados transdiagnósticos se basan en principios generales que implican la posibilidad de intervenir sobre factores comunes a distintos trastornos, ofreciendo una visión más integrada y eficiente de la atención. Se exponen las ventajas de organizar los cuidados de salud mental bajo un planteamiento transdiagnóstico, abordando problemas a nivel de los núcleos psicopatológicos subyacentes. El interés retorna a la vivencia subjetiva y a la relación terapéutica como focos de atención clínica.

Esta forma de concebir los problemas mentales enlaza con la fenomenología y permite fortalecer una visión humanista del cuidado, representando una vuelta a los orígenes de la enfermería de salud mental. El énfasis en los núcleos psicopatológicos y en las relaciones interpersonales implica tender hacia una perspectiva más convergente y unificada de las intervenciones, avanzando hacia una práctica clínica más satisfactoria, integrada y menos estigmatizante.

Palabras clave: transdiagnóstico, salud mental, psicopatología, atención de enfermería.

Abstract: Transdiagnosis represents an innovation in mental health of great theoretical depth, with important interdisciplinary implications. The background of the model regarding three interrelated problems (dissatisfaction with psychopathological diagnosis, risk of medicalization of everyday life, and high rates of psychopathological comorbidity) is shown. Transdiagnosis emerges at the beginning of the 21st century, when a number of common processes underlying a variety of disorders were found. This approach allows a radical reconsideration of mental health caring, including the understanding of the disorders, their treatment, and the prevention and promotion in mental health. Transdiagnosical care is based on general principles that affect common factors shared by different disorders, offering a more integrated and efficient vision of mental health care. The advantages of organizing nursing care under a transdiagnostic approach are exposed and discussed. The interest is focused on subjective experience and the therapeutic relationship, which implies a return to the origins of mental health nursing. This conception is linked with phenomenology and allows strengthening a humanistic approach to caregiving. The emphasis on common psychopathological processes and interpersonal relationships involves moving towards a more convergent and unified perspective of our interventions, and towards a more integrated and less stigmatizing clinical practice.

Key words: transdiagnosis, mental health, psychopathology, nursing care.

INTRODUCCIÓN

EL presente trabajo se incardina en la exploración de nuevos marcos conceptuales que puedan orientar y potenciar el avance profesional de la enfermería en el contexto de la salud mental. La salud mental es un campo complejo donde los modelos teóricos y psicopatológicos son el trasfondo conceptual de las intervenciones que se realizan (1). Es un terreno donde la posición filosófica infiltra la concepción del cuidado y la capacidad de decidir cuándo y cómo dicho cuidado ha de darse o aceptarse (2), resultando crucial reflexionar sobre los factores implicados en el origen

y mantenimiento de los trastornos. El objetivo aquí consiste en promover la discusión sobre la perspectiva transdiagnóstica, un enfoque innovador de gran calado e interés interdisciplinario para la comprensión y abordaje de los trastornos mentales (3), mostrando algunas implicaciones que se derivan para el cuidado enfermero. Para ello, se comienza por identificar los orígenes y el contexto de surgimiento del modelo, apuntándose tres problemas interrelacionados: el agotamiento del diagnóstico categorial, el riesgo de medicalización de la vida de las personas y la elevada comorbilidad psicopatológica. Entendemos que conocer mejor el planteamiento transdiagnóstico va a permitir vincular e integrar de manera más satisfactoria las intervenciones enfermeras en salud mental con las de otros profesionales, fortaleciendo una visión holística de los trastornos y su terapéutica, que históricamente incluye el cuidado como uno de sus pilares fundamentales.

TRANSDIAGNÓSTICO: ANTECEDENTES Y SURGIMIENTO

La aproximación a los trastornos mentales desde el transdiagnóstico está ganando interés en los últimos años. Como contexto antecedente al modelo, cabría identificar 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.

a) Insatisfacción con el diagnóstico psiquiátrico

La insatisfacción con las taxonomías CIE y DSM (4,5) ha sido relacionada fundamentalmente con su falta de validez, tanto discriminante como conceptual y predictiva (6). 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 (7). 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 (8). 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 (9). 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 éstos 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 (6). 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 (10). 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 (11). Así, se hace preciso considerar también la validez consecuencial, un concepto que hace referencia a las consecuencias sociales del diagnóstico (12).

Al problema de la falta de validez, habría que añadir la escasa fiabilidad de los diagnósticos, estimada generalmente mediante el índice kappa. Considerándose “bueno” un kappa por encima de 0.60 y “muy bueno” por encima de 0.80 (13), la práctica totalidad de diagnósticos caen por debajo de 0,60 en los estudios de campo previos al DSM-5 (14).

b) El problema de la comorbilidad

Una dificultad importante en salud mental es la elevada comorbilidad entre trastornos, de forma que la comorbilidad se considera ya una característica de los trastornos mentales (15). Este fenómeno se relaciona con las dificultades de las

clasificaciones diagnósticas, pero también con su desmesurado 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 incrementándose la comorbilidad, que es ya más norma 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 (3). 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 (3), 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 investigación empírica, mostrando la existencia de patrones característicos de comorbilidad (3). Esta asociación selectiva entre trastornos se ha explicado mediante la constatación de procesos o núcleos psicopatológicos compartidos entre diversos problemas de salud mental, siendo éste el significado original del término “transdiagnóstico”, introducido por primera vez en 2003 por Fairburn et al. (16) 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 (17).

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.

c) Riesgo de medicalizar problemas de la vida

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 (18). En

cuadros como los trastornos afectivos, los umbrales diagnósticos han sido rebajados (19) 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 (20, 21, 22).

ALTERNATIVAS AL DIAGNÓSTICO PSIQUIÁTRICO: EL ENFOQUE TRANSDIAGNÓSTICO

Ante las dificultades relacionadas con la falta de validez y baja fiabilidad del diagnóstico psicopatológico, la búsqueda de alternativas satisfactorias es ya el tema de nuestro tiempo en salud mental (23). Hace unos 30 años, autores como Persons (24) o Bentall (25) propusieron una alternativa: la conveniencia de considerar los síntomas aisladamente como objeto de estudio. Afirmaron que estudiar los síntomas representaba una actitud más útil y operativa, pues los síntomas se pueden identificar y evaluar con mayor seguridad. Sin embargo, aunque el síntoma puede entenderse como el más simple elemento transdiagnóstico, resulta insuficiente para el diagnóstico de acuerdo a los principios básicos de la psicopatología, pues se trata de una condición necesaria, pero no suficiente. Además, la investigación psicopatológica ha demostrado que síntomas aparentemente exclusivos de trastornos psiquiátricos pueden ser experimentados también por personas sanas (7).

Una alternativa, formalmente adoptada por el NIMH estadounidense, consiste en buscar dimensiones fisiopatológicas o “circuitos defectuosos”, principalmente en el cerebro, que pudieran explicar los trastornos, tomando moléculas, células, genes, etc. como unidades de análisis. Se trata de los conocidos Research Domain Criteria (RDoC) (26), que nos devuelven a una perspectiva biomédica ultrarreduccionista (6, 23, 27). La investigación sobre genes, circuitos defectuosos o biomarcadores puede verse como un camino infructuoso y estéril a día de hoy (3), ofreciendo la imagen de una psiquiatría transformada en un proyecto de neurociencia clínica (27). Este proyecto parece responder a los anhelos de Griesinger en el siglo XIX mediante la tecnología del siglo XXI. Sin embargo, para Bracken et al. (28, p. 12), “la psiquiatría no es neurología; no es una medicina del cerebro”. Además, en esta línea ultrarreduccionista de explicación de los trastornos, la enfermería de salud mental, como disciplina de largo recorrido histórico y tradición, no tendría mucho que aportar, perdiendo en buena medida los valores que la identifican, más centrados en la

ayuda y comprensión de los problemas que en su explicación. Estos valores, siguiendo a Watson (29), pasan por la sensibilidad hacia los demás, la relación de ayuda y confianza, el aprendizaje interpersonal, la construcción de entornos de apoyo a todos los niveles, la atención a las necesidades humanas y a los aspectos fenomenológico-existenciales, entre otros.

Otra alternativa es la conocida como red de síntomas (30,31). Según este modelo, los trastornos mentales surgen de las interacciones directas entre los síntomas, que estarían causalmente conectados mediante diversos procesos biológicos, psicológicos y sociales. Se entiende que los trastornos mentales no tendrían una causa patógena común, sino que los síntomas estarían causados unos por otros dentro de una red, formando un circuito de retroalimentación de síntomas fuertemente conectados entre sí. Por ejemplo, la ansiedad aumentaría la probabilidad de un síntoma conectado, el insomnio, que daría lugar a la fatiga, originando problemas de concentración y rendimiento, que a su vez ocasionarían la activación de sentimientos de culpa, ánimo deprimido, etcétera, en un bucle de retroalimentación autosostenido más allá de la desaparición de la causa desencadenante, respondiendo a un proceso de histéresis. Esta dinámica sucedería en redes de síntomas fuertemente conectados que los hacen autosostenibles. Así, la diferencia entre el duelo y la depresión mayor estaría en que en el duelo no se produce histéresis: los síntomas no se retroalimentan y el sujeto no queda “atrapado” en esa red, pudiendo regresar a la situación anterior (30). Es importante considerar que el modelo parte de reconocer que los problemas clínicos son problemas del vivir, que han sido clasificados como síntomas debido a la forma y contexto de abordaje, que es, en la práctica, el uso de los manuales de diagnóstico. El problema es que este proceder sugiere ya la existencia de una enfermedad y aboca a una práctica médica tradicional por analogía.

El análisis de redes de síntomas permite observar la conexión entre trastornos diferentes a través de síntomas-puente, lo que supone una explicación interesante al problema de la comorbilidad. Sin embargo, la propuesta no está exenta de problemas; no prescinde del modelo establecido y en crisis que pretende superar (DSM) y hasta le resulta solidario (23). No en vano, los análisis de redes de síntomas hacen pie en los sistemas diagnósticos conocidos, ofreciendo estructuras de síntomas coincidentes con las categorías allí definidas. Como Borsboom señala (30), el agrupamiento de síntomas que constituye las definiciones sindrómicas actuales (DSM-5) es resultado de la estructura causal de la red de síntomas. Por otro lado, lo que se presenta como causa (de la activación de unos síntomas por otros) es en realidad una correlación que podría deberse a diversos factores, que, entre otros, incluyen precisamente aspectos de orden subjetivo y fenomenológico que están en la raíz de los problemas (23). Al fin y al cabo, los síntomas no son inespecíficos, ni cosas homogéneas ahí dadas que existieran con independencia de las personas, sino que

tienen su propio sentido y cualidad en cada persona: son cosas de la vida, problemas del vivir, como el propio Borsboom reconoce.

LA APORTACIÓN DEL ENFOQUE TRANSDIAGNÓSTICO

Las principales diferencias entre el enfoque transdiagnóstico y la clínica tradicional, basada en taxonomías diagnósticas, aparecen recogidas en la Tabla 1. 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 (7). 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 (3). 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 (7). 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 (7). 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. Por otro lado, además de la amplia investigación que está generando, introduce la posibilidad de organizar la docencia y la práctica clínica en salud mental sobre la base de estructuras transdiagnósticas prototípicas subyacentes a los síntomas o problemas mentales. Como señala Pérez-Álvarez (23), 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 etiológi-

cos 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 (7).

PRINCIPALES DIMENSIONES TRANSDIAGNÓSTICAS

En los últimos años se han introducido diversas dimensiones transdiagnósticas de muy diversa naturaleza: síntomas, características personales, creencias y valores, estrategias de control y afrontamiento, emociones, etc. Dentro de las aportaciones procedentes de la psicopatología, cabe destacar, de acuerdo a Sandín et al. (3), la atención autofocalizada (presente en la ansiedad, depresión, esquizofrenia, fobia social, adicciones, etc.), la anhedonia (depresión, esquizofrenia negativa, fobia social...), la sensibilidad a la ansiedad (trastornos de ansiedad, trastornos depresivos, adicciones, trastornos psicóticos), la fusión pensamiento-acción (TOC, trastornos de ansiedad, depresión, TCA...), la alexitimia (depresión, trastornos de ansiedad y somatoformes, personalidad, adicciones, TCA), etc. Con objeto de comprender mejor en qué consisten estas dimensiones y sin ánimo de exhaustividad, se exponen a continuación algunas de ellas:

Evitación experiencial. Se refiere a la evitación de ciertos eventos privados desagradables (sentimientos, pensamientos, etc.), lo que supone una falta de apertura a la experiencia presente y a actuar de acuerdo a valores personales. El coste de evitar sentirse mal es muy alto, e intentar solucionar un problema mediante la evitación hace que el problema se extienda y genere más limitaciones. Esta dimensión, estrechamente relacionada con el término clásico “psicorrigidez”, está en la base del modelo de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) (32). La relación entre inflexibilidad psicológica y presencia de psicopatologías muy prevalentes ha sido ampliamente documentada: trastornos de ansiedad, depresión, abuso de drogas, juego patológico, bulimia, parafilias, TOC, síntomas psicóticos, etc.

Sensibilidad a la ansiedad. Se define como el miedo a las sensaciones interoceptivas de ansiedad o activación relacionado con la creencia de que estas señales implican peligro u otras consecuencias temidas (33). Esta variable resultaría común no solo a los trastornos emocionales, sino también a los relacionados con el sueño, si bien el problema en el que parece más saliente desde el punto de vista clínico es el trastorno de pánico.

Intolerancia a la incertidumbre. Se refiere a la tendencia a reaccionar negativamente a situaciones que son percibidas como inciertas, tratando el sujeto de

evitarlas (34). Esta dimensión tendría dos componentes: la ansiedad anticipatoria y la inhibición ansiosa, lo que implica tanto una intolerancia prospectiva, en la que el sujeto vigila y evita sucesos imprevistos, como una intolerancia inhibitoria, focalizada en la conducta, donde uno detiene lo que está haciendo ante cualquier duda que surja. La intolerancia a la incertidumbre fue inicialmente propuesta para el trastorno de ansiedad generalizada, pero actualmente se invoca para una amplia gama de trastornos internalizantes: trastornos de ansiedad y depresivos, TOC, fobia social, agorafobia, pánico, etc., relacionándose además de modo especial con la sensibilidad a la ansiedad.

Síndrome de afecto negativo. Consiste en un nivel elevado de afectividad negativa, entendida como estructura dimensional de vulnerabilidad para los trastornos de ansiedad y depresivos. Este concepto sirve de base para un tratamiento unificado de todos los trastornos emocionales (35). El afecto negativo estaría funcionalmente presente en una amplia variedad de desórdenes psicopatológicos: trastornos bipolares, somatoformes, disociativos, alimentarios y trastornos relacionados con la ira. La elevada comorbilidad y solapamiento entre ansiedad y depresión sugiere la comunalidad entre ambos trastornos a nivel fenomenológico (3), por lo que no resulta sorprendente la propuesta de que ambos trastornos debieran categorizarse conjuntamente en una superclase de trastornos emocionales (36).

Perfeccionismo. Proceso transdiagnóstico que supone un factor de riesgo para los trastornos alimentarios, de ansiedad y depresivos, entre otros. Se refiere a un perfeccionismo muy elevado, con significación clínica. De acuerdo a Egan et al. (37), el perfeccionismo incrementa la vulnerabilidad a estos trastornos y predice tanto una respuesta pobre al tratamiento, fundamentalmente porque dificulta la alianza terapéutica, como una elevada comorbilidad psicopatológica.

Rumiación. Estilo cognitivo hiperreflexivo con pensamientos repetitivos y persistentes sobre sucesos vividos (errores, conflictos, fracasos, etc.) que tienen un impacto negativo en el estado de ánimo. La rumia favorece la aparición, mantenimiento o agravamiento de los síntomas depresivos (38). De hecho, se considera que esta dimensión juega un papel etiológico importante tanto en los trastornos depresivos como de ansiedad (39). La rumiación es una variable mediadora entre los síntomas depresivos y la aparición en un periodo de tiempo relativamente breve de síntomas de ansiedad, y viceversa. Las personas con un estilo rumiante son más propensas a sentir y pensar negativamente tras experimentar algún evento perturbador, y esto es relevante desde el punto de vista de la prevención porque el estilo rumiante o autofocalizado es aprendido en las interacciones sociales (40). En tanto la rumia antecede a la depresión, la orientación a la tarea o la propia acción, la distracción, el autodistanciamiento, la autocompasión, el centrarse en el aquí y ahora o el vivir en el presente dejando fluir la experiencia a través de una observación no juzgadora de

lo que ocurre son prácticas culturales que, al igual que el estilo rumiativo, pueden aprenderse desde la infancia, lo que resulta especialmente relevante en la promoción de la salud mental.

Control de la ira. La ira es una emoción básica que está presente como síntoma en trastornos de la personalidad del clúster B y en síndromes del eje I como el trastorno por estrés postraumático (TEPT) o la depresión. En general, las personas que presentan trastornos mentales muestran mayor dificultad en el control de la ira que la población general, por lo que los problemas de manejo de la ira son frecuentes en la práctica clínica. Además de asociarse con numerosos trastornos mentales, la ira se relaciona con conductas agresivas y diversos problemas de pareja, patologías coronarias, mal funcionamiento psicosocial, baja adherencia a los tratamientos y pobre respuesta terapéutica, siendo una dimensión transdiagnóstica muy relevante (41).

Intrusiones mentales. Eventos cognitivos recurrentes que interfieren con la actividad del sujeto, consumiendo buena parte de sus recursos atencionales. Aunque destacan claramente en el TOC, los pensamientos automáticos negativos tienen un papel relevante en la depresión, el TEPT, el insomnio, los trastornos sexuales, los TCA, etc. Algunos autores (42) sugieren incluso que las alucinaciones y algunas formas de ideación delirante como los delirios de control del pensamiento pueden verse desde la óptica de las intrusiones mentales, que suelen ser egodistónicas con la excepción de algunos TCA. Es reseñable que los intentos de control o evitación de las intrusiones mentales por parte del sujeto se asocian a mayor gravedad, cronicidad y comorbilidad.

Aunque la lista es incompleta, a modo de síntesis podría decirse que las dimensiones transdiagnósticas representan procesos comunes a diversos trastornos psicopatológicos, resultando llamativo lo mucho que se parecen algunas entre sí (24). No en vano, se ha ofrecido un factor común universal a todas ellas, la hiperreflexividad psicológica, como condición psicopatológica primordial, de especial interés en la esquizofrenia (23, 40). La hiperreflexividad se entiende como una forma de autoconciencia intensificada en la que aspectos prerreflexivos se tornan objetos de experiencia, lo que puede llevar a “desautomatizar” actividades rutinarias como pensar, lo que enlazaría con la experiencia de oír voces y otros síntomas (40).

UN ENFOQUE INNOVADOR

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” (43), 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 transdiagnóstica de los problemas ya existía en la tradición de la salud mental antes de la introducción formal del término. Así, los modelos psicodinámico, humanista, conductual, sistémico, etc. son transdiagnósticos de origen y vocación (23), 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. Basta observar que en el tratamiento de trastornos topográficamente tan diferentes como la depresión o el TOC se incluyen prácticamente los mismos psicofármacos, y muchos de ellos son también ampliamente utilizados en el tratamiento de las esquizofrenias o los trastornos de ansiedad (7).

En cualquier caso, la propuesta formaliza 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.

IMPLICACIONES EN LA VISIÓN DE LOS CUIDADOS

Del enfoque transdiagnóstico se derivan importantes implicaciones en el campo de los cuidados en salud mental. Para empezar, esta perspectiva abre la puerta a considerar un reducido número de factores comunes subyacentes a múltiples trastornos, permitiendo comprender las categorías nosológicas desde la base de un número limitado de procesos compartidos que explican su origen y mantenimiento. Por esta razón, intervenciones y cuidados podrían orientarse de forma transdiagnóstica, avanzando hacia una forma más integrada y parsimoniosa de organización. El planteamiento responde rigurosamente a la investigación científica, es decir, a un acercamiento a los trastornos basado en criterios científicos, superando las taxonomías, basadas en meros criterios de consenso. Cabe reivindicar un cierto desprecio por el consenso como virtud necesaria e ineludible para el desarrollo científico (44). Esta reflexión afecta también a los diagnósticos enfermeros de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) (45), piedra angular del proceso de atención en enfermería. Recordemos que a cada etiqueta NANDA le corresponden una serie de intervenciones NIC (Nursing Interventions Classification) y unos resultados esperados NOC (Nursing Outcomes Classification) organizados en sus correspondientes taxonomías (46). Se ha planteado la falta de validez del diagnóstico psicopa-

tológico, pero este problema afectaría también a los diagnósticos NANDA de uso habitual en salud mental. Como señala Watson (29), el lenguaje que se deriva de las taxonomías enfermeras no es preciso, ni se corresponde con el que usan habitualmente los profesionales para comunicarse entre sí, introduce términos abstractos, inefectivos y poco prácticos, y ofrece escasos beneficios para el cuidado del paciente. El problema fundamental de las taxonomías NANDA es que también pueden resultar poco útiles por falta de validez, pues pueden no reflejar adecuadamente la naturaleza del problema ni la vivencia subjetiva de quien lo presenta. Dos personas pueden tener un mismo diagnóstico enfermero, por ejemplo “enfrentamiento ineficaz” o “aislamiento social”, y no compartir apenas características comunes desde el punto de vista fenomenológico, ofreciendo una vivencia, contexto, historia biográfica y presentación clínica completamente dispar. Cabe preguntarse qué tiene que ver el aislamiento social en una depresión con el que se da en la esquizofrenia negativa, en la agorafobia o en el trastorno esquizoide de la personalidad, por citar categorías clínicas bien reconocibles. Todos estos ejemplos serían susceptibles de recibir una etiqueta diagnóstica enfermera común, pero, al tratarse de situaciones fenomenológicamente diferentes, sería difícil suponer que las intervenciones estándar (NIC) que del diagnóstico se derivan fueran las adecuadas en todos los casos, por lo que resulta imprescindible una seria reflexión que asegure su pertinencia. Además, se ha señalado que las taxonomías enfermeras suponen una cierta rigidez en el lenguaje que resta creatividad, congruencia y autenticidad a los actos enfermeros y a la propia imagen de la profesión (47). Watson afirma que las taxonomías enfermeras no son un lenguaje vivo sino más bien académico, poco práctico e inefectivo, que consume mucho tiempo y ofrece pocos beneficios al paciente (29). La cuestión a plantear aquí es doble. Por un lado, si las taxonomías enfermeras son usadas por los enfermeros o si verdaderamente son los enfermeros los utilizados por aquéllas. Por otro, si bajo la pretensión de aportar rigor metodológico no se está en realidad proporcionando algo que no va más allá de una mera actividad administrativa (47), irrelevante para el usuario de servicios de salud mental. Con el uso del lenguaje estandarizado, la enfermería ha incurrido en la incongruencia de pasar de criticar el reduccionismo del lenguaje médico a caer prisionera de un encorsetamiento similar con unas taxonomías que condicionan su desempeño (48). Sin embargo, las instituciones sanitarias han incorporado sistemáticamente las clasificaciones enfermeras en sus programas informáticos, determinando la organización de los cuidados en nuestro contexto.

La inflación de diagnósticos NANDA ha corrido paralela a los diagnósticos DSM: el DSM pasó de 106 a más de 300 formas diagnósticas, y los diagnósticos NANDA crecieron desde los 50 recogidos en la primera clasificación de 1982 a los 235 de 2015 (45). Esta proliferación ofrece la idea de un desarrollo de estas disciplinas más ficticio que real, más allá de evidenciar un afán taxonomista. Aun así, el

problema central es que el abordaje del fenómeno queda en buena medida reducido por el método. No hay que olvidar, en una perspectiva histórica, que la construcción de taxonomías proviene de las ciencias naturales, con las clasificaciones de Linneo en botánica o Lavoisier en química, trasladando ideas y principios organizativos de químicos y botánicos a las conductas anormales (49). La cuestión es que los problemas mentales no son entidades naturales dadas como elementos químicos o tipos de plantas, sino interactivas, contextuales, incluso existenciales, situaciones límite o crisis, más inscritas en la biografía que en la biología (23, 40). Los métodos de las ciencias naturales pueden resultar profundamente inadecuados para aproximarse a estos problemas. El método positivista de las ciencias naturales puede ser abrazado por las disciplinas de la salud mental, pero también disponemos del método hermenéutico (contextual) de las ciencias humanas a las que en realidad pertenecen estas disciplinas (23). La ciencia puede dejar fuera muchas cosas y esto es bien sabido en salud mental, donde muchas nociones fundamentales de distintos enfoques como el psicoanálisis no tienen cabida, pero no por ello dejan de estar ahí (vínculos afectivos, pautas de apego, el propio inconsciente, etc.). No hay ciencia sin método pero la ciencia debe ser algo más que el método. En el campo de la enfermería de salud mental, si la metodología quedase reducida al uso de las taxonomías NANDA/NIC/NOC (diagnósticos-intervenciones-resultados esperados), se ofrecería una disciplina más metodologista que propiamente metodológica, si es que forzosamente tuviera que serlo. Las disciplinas de la salud mental comparten un prejuicio cientificista y metodologista frente al cual debemos tomar posición, bajo el riesgo de que los fenómenos acaben dibujados por el método en vez de por sus “junturas naturales” (23).

Las taxonomías enfermeras son boyantes por prósperas, pero también boyantes por superficiales, sin calar en el fenómeno que abordan, y en cierta medida a la deriva de nuevos consensos, prendiendo débilmente entre los profesionales que en muchos casos se ven obligados a usarlas por razones meramente institucionales. Sin embargo, el problema no está en el uso de las taxonomías, sino en su abuso. Como suele decirse en química, el veneno está en la dosis.

Ante este panorama, el transdiagnóstico permite contemplar los problemas mentales desde una óptica más dimensional, que es lo que explica su transversalidad, y enlazar con la fenomenología, perspectiva fundamental en enfermería. Las intervenciones enfermeras en salud mental no tienen por qué estar encorsetadas y podrían orientarse desde principios generales, antes que con técnicas específicas, operando así sobre dificultades comunes subyacentes a diversos trastornos y situaciones. En realidad, este planteamiento estaría ya en la raíz de algunos modelos teóricos enfermeros que han sido referencia desde hace muchos años y que retrospectivamente pueden entenderse como aproximaciones transdiagnósticas. Por ejemplo, el modelo de necesidades humanas de Henderson (50) o el de patrones funcionales de salud

de Gordon (51), que sirven de guía para el proceso de valoración de enfermería, responden a un planteamiento transdiagnóstico de los cuidados generales. Interesa señalar que el número de dimensiones transdiagnósticas o factores comunes se ha cifrado en trece o catorce (6, 7), curiosamente un número parecido al de necesidades de Henderson (catorce), patrones funcionales de Gordon (once) e incluso dominios NANDA (trece) sobre los que se organizan los diagnósticos. Estas referencias resultan más manejables y cercanas al sentido común que la compleja constelación de diagnósticos DSM y NANDA actuales, que, por lo demás, interesan muy poco al paciente (52).

Proponer planes de cuidados apropiados y efectivos para grupos de trastornos que comparten núcleos comunes implica superar la tradición de referirlos a patologías específicas, como ha venido haciéndose en los manuales de enfermería psiquiátrica. No olvidemos que, aunque el punto de arranque del plan de atención de enfermería es la valoración individual y el diagnóstico enfermero, el DSM ha sido un marco de referencia común para apoyar el ejercicio de la enfermería de salud mental (53). La cuestión es si cabe continuar contextualizando los cuidados en categorías nosológicas o si son preferibles otras posibilidades. El excelente manual de Fornés (54) presenta los cuidados enfermeros de salud mental referidos a síntomas específicos, lo que supone un planteamiento más operativo y clarificador. Incluso, aunque no de manera explícita ni sistemática en la perspectiva transdiagnóstica, vincula los cuidados a problemas de salud mental que son comunes a distintos trastornos. No obstante, aunque los síntomas son estructuras transdiagnósticas elementales, resultan insuficientes para comprender los problemas psicopatológicos, siendo más oportuna una perspectiva convergente de dimensiones comunes. La tendencia actual consiste en proponer protocolos unificados de tratamiento válidos para grupos de trastornos, por ejemplo, para todos los trastornos emocionales del espectro de la ansiedad y la depresión (35). Al centrarnos en las dificultades compartidas estamos garantizando un abordaje más integrado y holístico de los trastornos mentales. Sin embargo, desde el punto de vista enfermero, el transdiagnóstico no debería entenderse como algo que amenaza con sustituir nuestras taxonomías, sino como una forma complementaria de comprender las dificultades de nuestros usuarios y de proporcionarles ayuda mediante una visión más “molar”, mejorada e integrada de los cuidados, superando las limitaciones de las intervenciones centradas en problemas específicos. A riesgo de cacofonía, no se trata simplemente de declararse agnóstico del diagnóstico desde el transdiagnóstico. Lo relevante del transdiagnóstico es que permite superar en buena medida las dificultades de un modelo taxonómico y enlazar con la fenomenología, más interesada en captar las estructuras esenciales o núcleos experienciales de los fenómenos. Este aspecto es crucial en enfermería de salud mental, pues el foco de atención del enfermero o enfermera debe centrarse en la experiencia subjetiva del

paciente y no en el diagnóstico psiquiátrico al que se atribuye dicha experiencia (53). Entendemos que el enfoque transdiagnóstico privilegia la relación terapéutica porque centra nuestra atención en la situación subjetiva-patógena de la persona, como una particular configuración de circunstancias, eventos, acciones, inacciones y experiencias. No se trataría meramente de hacer contacto y describir tales experiencias como síntomas, sino de captar y comprender los núcleos esenciales, *gestalt* o estructuras de la subjetividad alteradas, más allá de ellos. Así, el tema central de las interacciones no quedaría atrapado en el binomio síntomas-respuesta a tratamiento/cuidados sino en el binomio orteguiano persona-circunstancias. La cuestión no sería explorar los síntomas para ver su evolución, sino explorar su significado en el contexto de la vida de la persona, desarrollando una comprensión de su sentido, como se ilustra en la Tabla 2 para un caso de esquizofrenia. Para ello es necesario escuchar e intentar comprender todo lo relativo al sentido personal de los síntomas, ayudando al paciente a sobrellevar y poner en perspectiva sus propias experiencias, lo que deriva en una mayor humanización del trato recibido.

La idea de que las nuevas dianas terapéuticas sean procesos comunes a diversos trastornos resulta muy atractiva porque facilita una visión transdiagnóstica de los cuidados. Hasta donde sabemos, no existen en salud mental intervenciones enfermeras diseñadas conforme a un modelo psicopatológico transdiagnóstico. En base a esta perspectiva, cabría plantearse en la enfermería de salud mental futura una estrategia convergente, transdiagnóstica, que suponga en paralelo un cierto desmantelamiento, simplificación y unificación de los procesos e intervenciones. Diseñar planes de cuidados en la perspectiva de dimensiones comunes permitiría enunciar y organizar cuidados apropiados para grupos de trastornos diferentes, de lo que se derivarían distintas ventajas. Por un lado, podrían abordarse simultáneamente dificultades y necesidades comunes en situaciones de comorbilidad, mejorando la eficiencia, en lugar de considerar sucesivamente los cuidados correspondientes a cada trastorno por separado. No tendría mucho sentido introducir sucesivamente los cuidados recogidos para esas patologías en sus correspondientes manuales sin más (cuidados en la depresión, cuidados en la ansiedad, etc.). Se hace preciso realizar una síntesis basada en el sentido común, es decir, en lo compartido, y así los planes de cuidados transdiagnósticos estarían especialmente recomendados en pacientes con comorbilidad psicopatológica, que en la práctica son la mayoría de nuestros usuarios. Además de alcance, el planteamiento no es meramente boyante, pues no se queda en la superficie de las formas clínicas (síntomas y síndromes), sino que tiene profundidad, yendo a los núcleos o procesos subyacentes de los trastornos mentales. Más aún, ofrece una ventaja adicional: la simplificación de las actividades a realizar, facilitando su aprendizaje, optimizando recursos y favoreciendo la comunicación interprofesional. A través de una visión transdiagnóstica de los cuidados, la organi-

zación asistencial sería probablemente más sencilla y de mayor coherencia interna, y sus intervenciones resultarían adecuadas para una aplicación en formato grupal, algo de gran interés para la eficiencia en el campo de la salud mental.

Incluso, la consideración dimensional que está en la base del modelo transdiagnóstico, en tanto viene a afirmar que la psicopatología no es un mundo aparte de la normalidad, puede suponer una clara ventaja en la lucha contra el estigma y la discriminación social de los trastornos mentales.

Finalmente, desde el punto de vista del binomio promoción/prevenición, el modelo presenta importantes implicaciones. Dado que en la población general los procesos psicopatológicos están indiferenciados, las intervenciones preventivas transdiagnósticas resultarían fundamentales (3). Así, el ejercicio físico, los estilos de apego, los estilos de vida, el cuidado de las relaciones interpersonales, etc. serían focos fundamentales a trabajar en la comunidad mediante intervenciones a distintos niveles desde la óptica de la prevención y la promoción eficiente en salud mental, algo que representa la gran tarea pendiente en nuestro campo, decisiva para la sostenibilidad del sistema sanitario.

La perspectiva ofrecida hace pie en la investigación empírica, en una consideración abierta de los trastornos mentales y en la experiencia en primera persona del usuario, donde la fenomenología tiene mucho que decir. Además, privilegia la relación terapéutica, el factor más poderoso de tratamiento, asociado a mejores resultados. Un sistema nosológico de categorías mutuamente excluyentes no permite considerar el sufrimiento humano como un todo en términos sistémicos (7). El transdiagnóstico desplaza el interés desde aspectos técnicos, donde la relación terapéutica puede ser vista como un mero excipiente, hacia principios generales activos, intersubjetivos y contextuales que son los que caracterizan la propia relación. El planteamiento es coherente con los factores de cuidados que conforman la práctica enfermera (55) y permite reivindicar la esencia misma de la profesión de acuerdo a Peplau: la relación interpersonal (56). No en vano, el rol enfermero hace énfasis en la persona, la familia y el entorno, permitiendo desarrollar intervenciones transdiagnósticas (53).

La estrategia futura pasaría entonces por diseñar cuidados transdiagnósticos apropiados para un amplio rango de trastornos, más allá de sus síntomas característicos, que son los que habitualmente capturan nuestra atención. Esta atención habría de dirigirse hacia las dimensiones que subyacen a los diferentes trastornos, estableciendo relaciones terapéuticas significativas en el contexto de una práctica clínica más humana, teniendo en cuenta el *feedback* obtenido, desechando lo que no funciona y construyendo marcos compartidos de significado que promuevan la mejoría.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) Tortella-Feliu M, Vázquez C, Valiente C, Quero S, Soler J, Montorio I, et al. Retos en el desarrollo de intervenciones psicológicas y la práctica asistencial en salud mental. *Clin Salud* 2016;27(2):65-71.
- (2) Baca E. Hechos y valores: conceptos y terminología. En: Baca E, Lázaro J, editores. *Hechos y valores en psiquiatría*. Madrid: Triacastella, 2003; p.19-42.
- (3) Sandín B, Chorot P, Valiente RM. Transdiagnóstico: Nueva frontera en psicología clínica. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica* 2012;17(3):185-203.
- (4) Organización Mundial de la Salud. Décima revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. *Trastornos mentales y del comportamiento: criterios diagnósticos de investigación*. Madrid: Meditor, 1994.
- (5) American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: APA, 2013.
- (6) Pérez-Álvarez M. *Las terapias de tercera generación como terapias contextuales*. Madrid: Síntesis, 2014.
- (7) Belloch A. Propuestas para un enfoque transdiagnóstico de los trastornos mentales y del comportamiento: evidencia, utilidad y limitaciones. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica* 2012;17(3):295-311.
- (8) Insel TR. Rethinking schizophrenia. *Nature* 2010;468(7321):187-93.
- (9) Keshavan MS, Nasrallah HA, Tandon R. Schizophrenia, “Just the Facts” 6. Moving ahead with the schizophrenia concept: from the elephant to the mouse. *Schizophr Res* 2011;127(1-3):3-13.
- (10) Insel T. Director’s blog: Transforming diagnosis. 29-4-2013. [Consultado el 20-12-2017]: Disponible en: <http://www.nimh.nih.gov/about/director/2013/transforming-diagnosis.shtml>
- (11) Timimi S. No more psychiatric labels: Why formal psychiatric diagnostic systems should be abolished. *Int J Clin Health Psychol* 2014;14(3):208-15.
- (12) Muñoz J. La validez desde una óptica psicométrica. *Acta Comportamental: Revista Latina de Análisis de Comportamiento* 2005;13(1):9-20.
- (13) Altman DG. *Practical statistics for medical research*. New York: Chapman and Hall, 1991.
- (14) Freedman R, Lewis DA, Michels R, Pine DS, Schultz SK, Tamminga CA, et al. The initial field trials of DSM-5: New blooms and old thorns. *Am J Psychiatry* 2013;170(1):1-5.
- (15) Cramer AOJ, Waldorp LJ, van der Maas HLJ, Borsboom D. Comorbidity: a networkperspective. *Behav Brain Sci* 2010;33:137-93.
- (16) Fairburn CG, Cooper Z, Shafran R. Cognitive behaviour therapy for eating disorders: a “transdiagnostic” theory and treatment. *Behav Res Ther* 2003;41(5):509-28.
- (17) Ekstrand AC, Roca E. Terapia cognitivo-conductual para los trastornos de la conducta alimentaria según la visión transdiagnóstica. *Acción Psicológica* 2011;8(1):21-33.
- (18) Vallejo J. *Introducción a la psiquiatría y la psicopatología*. 7ª ed. Barcelona: Elsevier, 2011.
- (19) de Dios C, Goikolea JM, Colom F, Moreno C, Vieta E. Los trastornos bipolares en las nuevas clasificaciones: DSM-5 y CIE-11. *Rev Psiquiatr Salud Ment* 2014;7(4):179-85.

- (20) González-Pardo H, García-Vinuesa F, Pérez-Álvarez M. Volviendo a la normalidad. La invención del TDAH y del trastorno bipolar infantil. Madrid: Alianza, 2014.
- (21) Castilla CJL. La medicalización de la infancia en salud mental: el caso paradigmático de los trastornos de atención. *Papeles del Psicólogo* 2015;36(3):174-181.
- (22) Pérez-Álvarez M. The four causes of ADHD: Aristotle in the classroom. *Front Psicol* 2017;8: 928. Disponible en: doi: 10.3389/fpsyg.2017.00928
- (23) Pérez-Álvarez M. El turno transdiagnóstico y el retorno de la psicopatología: el tema de nuestro tiempo en psiquiatría. *Cuad Psiquiat Comunitaria* 2017;14(1):35-52.
- (24) Persons JB. The advantages of studying psychological phenomena rather than psychiatric diagnoses. *Am Psychol* 1986;41:1252-60.
- (25) Bentall RP. (1990). The syndromes and symptoms of psychosis. En: Bentall RP, editor. *Reconstructing schizophrenia*. Londres: Routledge, 1990; p.23-60.
- (26) Parnas J. The RDoC program: psychiatry without psyche? *World Psychiatry* 2014;13(1):46-7.
- (27) Insel TR. Psychiatry as a clinical neuroscience discipline. *JAMA* 2005;294(17):2221-4.
- (28) Bracken P, Thomas P, Timimi S, Asen E, Behr G, Beuster C, et al. Psychiatry beyond the current paradigm. *Br J Psychiatry* 2012;201(6):430-4.
- (29) Watson J. Una visión crítica sobre los diagnósticos enfermeros. *Rev ROL Enf* 2006;29(7-8):494-97.
- (30) Borsboom D. A network theory of mental disorders. *World Psychiatry* 2017;16(1):5-13.
- (31) Fonseca-Pedrero E. Análisis de redes: ¿una nueva forma de comprender la psicopatología? *Rev Psiquiatr Salud Ment* 2017;10:206-15.
- (32) Hayes SC, Strosahl K, Wilson KG. *Acceptance and Commitment Therapy: an experiential approach to behavior change*. Nueva York: Guilford Press, 1999.
- (33) Reiss S, McNally RJ. The expectancy model of fear. En: Reiss S, Bootzin RR, editors, *Theoretical issues in behavior therapy*. New York: Academic Press, 1985; p.107-21.
- (34) McEvoy PM, Mahoney AEJ. To be sure, to be sure: Intolerance to uncertainty mediates symptoms of various anxiety disorders and depression. *Behav Ther* 2012;43:533-45.
- (35) Barlow DH, Allen LB, Choate ML. Toward a unified treatment for emotional disorders. *Behav Ther* 2004;35(2):205-30.
- (36) Watson D, O'Hara MW, Stuart S. Hierarchical structures of affect and psychopathology and their implications for the classification of emotional disorders. *Depress Anxiety* 2008;25:282-8.
- (37) Egan SJ, Wade TD, Shafran R. Perfectionism as a transdiagnostic process: A clinical review. *Clin Psychol Rev* 2011;31(2):203-12.
- (38) Nolen-Hoeksema S. The role of rumination in depressive disorders and mixed anxiety/depressive symptoms. *J Abnorm Psychol* 2000;109:504-11.
- (39) McLaughlin KA, Nolen-Hoeksema S. Rumination as a transdiagnostic factor in depression and anxiety. *Behav Res Ther* 2011;49:186-93.
- (40) Pérez-Álvarez M. *Las raíces de la psicopatología moderna*. Madrid: Pirámide, 2012.
- (41) Owen JM. Transdiagnostic cognitive processes in high trait anger. *Clin Psychol Rev* 2011;31:193-202.

- (42) Morrison AP. Psychosis and the phenomenon of unwanted intrusive thoughts. En: Clark DA, editor. *Intrusive thoughts in clinical disorders. Theory, research and treatment*. New York: Guilford Press, 2005; p.175-98.
- (43) Real Academia Española. *Diccionario de la lengua española*. 23ª ed. Madrid: España, 2014.
- (44) Fernández-Castro J. El legado de Skinner: del control operante al autocontrol. En: Mora JA, coordinador. *Balance y futuro del conductismo tras la muerte de B. F. Skinner*. Málaga: Edinford, 1992; p.131-84.
- (45) NANDA Internacional. *Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación 2015-2017*. Madrid: Elsevier, 2015.
- (46) Johnson M, Bulechek G, Butcher H, McKloskey J, Maas M, Moorhead S, et al. *NANDA/NIC/NOC Interrelaciones NANDA, NOC y NIC. Diagnósticos enfermeros, resultados e intervenciones*. 2ª ed. Madrid: Elsevier, 2007.
- (47) Fornés J. Metodología científica y uso de taxonomías en salud mental. *Presencia. Revista de Enfermería de Salud Mental*, 2008;4:7.
- (48) Medina JL. El regreso a la razón. *Rev Rol Enf* 2006;29(7-8):523-36.
- (49) Lemos S. *Psicopatología general*. Madrid: Síntesis, 2000.
- (50) Henderson V. *Principios básicos de los cuidados de enfermería*. Ginebra: Consejo Internacional de Enfermería, 1971.
- (51) Gordon M. *Manual de Diagnósticos Enfermeros*. 10ª ed. Madrid: Elsevier, 2003.
- (52) Crowe M, Jordan J, Burrell B, Jones V, Gillon D, Harris S, et al. Clinical effectiveness of transdiagnostic health management interventions for older people with multimorbidity: a quantitative systematic review. *J Adv Nurs* 2016;72(10):2315-29.
- (53) Crowe M. Psychiatric diagnosis: some implications for mental health nursing care. *J Adv Nurs* 2006;53(1):125-31.
- (54) Fornés J. *Enfermería de salud mental y psiquiátrica. Valoración y cuidados*. 2ª ed. Madrid: Panamericana, 2012.
- (55) Jesse E. Jean Watson: filosofía y teoría del cuidado transpersonal de Watson. En: Raile M, Marriner A., editores. *Modelos y teorías en enfermería*. 7ª ed. Barcelona: Elsevier, 2011; p.91-113.
- (56) Peplau HE. *Interpersonal relations in nursing: A conceptual frame of reference for psychodynamic nursing*. New York: Springer, 1991.

TABLA I

Diferencias de discurso y perspectiva de ambos enfoques

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	Óptica divergente
Perspectiva molar	Perspectiva molecular
Protocolos unificados para problemas comunes a distintos trastornos	Intervenciones específicas unitrastorno
Comprensión del problema	Explicación del problema
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

TABLA 2

Diferencias de cada modelo en la aplicación a un caso práctico (esquizofrenia)

Perspectiva transdiagnóstica/ fenomenológica	Perspectiva taxonómica/ clínica dominante
Esquizofrenia como trastorno del yo (ipseidad)	Esquizofrenia como trastorno del cerebro
Hiperreflexividad, debilitamiento del yo como sujeto de la experiencia, pérdida de contacto vital con la realidad, alteración de la conciencia del mundo	Alteraciones neuroquímicas que subyacen a alucinaciones, delirios, etc.
Explorar, reconocer y validar las experiencias psicóticas, recuperar el sentido del yo y el contacto con la realidad	Identificar síntomas, diagnosticar, controlar síntomas
Construir narrativas entre profesional y paciente para dar sentido a lo que ocurre	Psicoeducación y adhesión al tratamiento farmacológico
Terapia con base en la persona centrada en la restauración del yo y la recuperación	Terapia con base en la medicación centrada en la remisión de síntomas
Perspectiva de primera y segunda persona, orientada a la comprensión de los síntomas	Perspectiva de tercera persona orientada a la explicación de los síntomas
Aceptación de la experiencia e inmersión en actividades valiosas	Contexto clínico tradicional, hablar de la enfermedad que sufre el paciente con el propio paciente
Contexto intersubjetivo “de tú a tú”, con apertura, comprensión y aceptación de las experiencias	Lucha contra los síntomas
Cuidados dirigidos a abordar la hiperreflexividad: fortalecimiento del yo a través de la escucha y aceptación de la experiencia desde una narrativa de recuperación	Cuidados convencionales orientados al manejo de síntomas positivos, negativos, etc., desde una narrativa de enfermedad

Nota: El término “fenomenología” se refiere aquí a la fenomenología estructural, en tanto la perspectiva clínica se refiere a la psiquiatría dominante basada en los sistemas nosológicos y la neurobiología.

