



TRANSDIAGNÓSTICO: NUEVA FRONTERA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

BONIFACIO SANDÍN, PALOMA CHOROT Y ROSA M. VALIENTE

Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Educación a Distancia, Madrid, España

Resumen: El transdiagnóstico ha recibido recientemente un elevado interés por parte de la psicopatología y la terapia cognitivo-conductual (TCC), especialmente en relación con los trastornos de ansiedad y los trastornos depresivos. El presente artículo proporciona una revisión sobre el transdiagnóstico como nueva perspectiva en el campo de la psicología clínica. Se describen los fundamentos psicopatológicos conceptuales y las implicaciones para la investigación y la intervención clínica. Basándonos en conceptos procedentes de información obtenida a partir de datos de tipo cognitivo, emocional y de aprendizaje, identificamos los principales factores, procesos y/o mecanismos transdiagnósticos que subyacen a los trastornos emocionales y a otros trastornos mentales, los cuales proporcionan una estructura para la implementación de los principios terapéuticos básicos de la TCC transdiagnóstica. El artículo concluye resaltando la relevancia teórica y práctica de la perspectiva transdiagnóstica y su potencial contribución al desarrollo de la psicología clínica.

Palabras clave: Transdiagnóstico; psicopatología; terapia cognitiva-conductual; trastornos emocionales; ansiedad; depresión.

Transdiagnostic: A new frontier in clinical psychology

Abstract: Recently, transdiagnostic has received considerable interest from psychopathology and cognitive-behavior therapy (CBT), especially with regard to anxiety and depressive disorders. This article provides a review on transdiagnostic as a new perspective in the field of clinical psychology. The conceptual psychopathological fundamentals and their implications for research and clinical interventions are described. Based on concepts emerging from cognitive, emotional and learning data, we identified the main transdiagnostic factors, processes and/or mechanisms across emotional and other mental disorders, which provide a framework for implementing the basic therapeutic principles of transdiagnostic CBT. The article concludes highlighting the theoretical and applied relevance of the transdiagnostic approach and its potential contribution to developments in clinical psychology.

Keywords: Transdiagnostic; psychopathology; cognitive-behavior therapy; emotional disorders; anxiety; depression.

El sol es nuevo cada día
Heráclito de Éfeso

La terapia de conducta, o terapia cognitivo-conductual (TCC), es una disciplina aplicada que posee una efectividad superior a cualquier otra forma de terapia de los trastornos mentales, especialmente de los trastornos emocionales.

El estatus y desarrollo científico que posee actualmente la TCC se debe al hecho de consistir en un tratamiento basado en los principios, mecanismos y procesos que rigen la conducta anormal proporcionados por otras disciplinas científicas (teóricas) de la psicología, tales como la psicopatología, la psicología del aprendizaje o la psicología cognitiva. Ello, sin duda alguna, haría válida la afirmación de Kurt Lewin de que «no hay nada más práctico que una buena teoría».

En contraste con esta idea elemental y básica para el progreso de cualquier disciplina cien-

Correspondencia: Bonifacio Sandín, Universidad Nacional de Educación a Distancia, Facultad de Psicología, Juan del Rosal 10, 28040 Madrid, España.
Correo-e: bsandin@psi.uned.es

tífica aplicada (p.ej., la medicina), la psicología clínica actual se encuentra enmarañada por una invasión de corrientes y terapias de «nueva ola», eclécticas, filosóficas, pragmáticas y/o ateóricas, que casi siempre tratan de cobijarse a la sombra de la TCC para así poder presentarse en sociedad con la etiqueta, aunque no acreditación, de terapias científicas. Sin embargo, cuando, fruto del avance científico de tales disciplinas teóricas, se produce un nuevo avance o perspectiva en la psicología clínica, podemos hablar de posible progreso en este campo de la ciencia. El denominado «transdiagnóstico», término utilizado inicialmente por Fairburn, Cooper y Shafran (2003) en el ámbito de los trastornos alimentarios, ha emergido recientemente como un nuevo enfoque científico prometedor, dando lugar a una nueva frontera en el avance de la psicología clínica.

DESARROLLO DEL TRANSDIAGNÓSTICO COMO NUEVA PERSPECTIVA EN PSICOPATOLOGÍA

Comorbilidad en psicopatología y concepto de transdiagnóstico

Desde antiguo la psicopatología ha estado marcada por cierta lucha o polémica entre los enfoques dimensionales y categoriales de la conducta anormal (p.ej., véase Clark, Watson y Reynolds, 1995; Nathan y Langenbucher, 1999). En esta disputa casi siempre ha triunfado el enfoque categorial, debido a las múltiples ventajas que posee y por ser más «vistoso» y práctico. Sin embargo, también desde siempre se han puesto de relieve ciertos problemas asociados a este enfoque. Algunos de ellos han girado en torno a la inflación de síndromes o categorías clínicas (por ejemplo, se ha pasado de 106 trastornos en el DSM-I a cerca de 300 en el DSM-IV) y, sobre todo, a la elevada comorbilidad entre los distintos trastornos mentales, lo cual podría suponer cierta limitación a la validez de dichos trastornos (la comorbilidad es la tendencia a que en una misma persona se diagnostiquen conjuntamente varios trastornos mentales). A medida que proliferan los diagnós-

ticos se incrementa la frecuencia de comorbilidad, y esto suele llevarnos al dilema sobre si la elevada comorbilidad realmente consiste en la concurrencia de dos o más trastornos que se dan juntos o si más bien es un mismo trastorno etiquetado de diferentes formas.

Los datos sobre comorbilidad concurrente son escalofrantes. Por ejemplo, y basándonos únicamente en la revisión llevada a cabo por Clark et al. (1995) sobre muestras clínicas, se obtienen conclusiones como las siguientes: el 65% de los pacientes diagnosticados de distimia, el 59% de pacientes con depresión mayor, el 77% de pacientes diagnosticados de anorexia nerviosa, el 96% de pacientes con trastorno obsesivo-compulsivo (TOC), y el 80% de pacientes con abuso de drogas padecen al menos otro trastorno del Eje I comórbido (como diagnóstico secundario). Muchos trastornos presentan patrones de comorbilidad, i.e., suelen darse junto a determinados grupos de trastornos comórbidos; así por ejemplo, los trastornos de ansiedad suelen mostrar elevada comorbilidad con otros trastornos de ansiedad y depresión (trastorno depresivo mayor y distimia). Diversos estudios referidos por Mineka, Watson y Clark (1998) ponen de manifiesto que más del 50% de los pacientes diagnosticados con depresión también presentan al menos un trastorno de ansiedad; y viceversa, más del 50% de los pacientes con diagnóstico primario de algún trastorno de ansiedad también posee algún trastorno depresivo. La comorbilidad de la depresión no es uniforme con los distintos trastornos de ansiedad, siendo en general superior con el trastorno de ansiedad generalizada (suele ser superior al 60%). También suele ser elevada la comorbilidad entre los síntomas de los trastornos de ansiedad y los síntomas depresivos (Sandín, Chorot, Valiente y Chorpita, 2010).

A partir de estos datos (que sólo constituyen un ejemplo) puede deducirse fácilmente que, basándonos en los criterios de diagnóstico actuales, la existencia de comorbilidad suele ser la norma más que la excepción. Lógicamente, el hecho de que exista tan elevado grado de comorbilidad supone un cierto desafío a la conceptualización categorial de la psicopatología. Como se indica explícitamente en el propio DSM-IV (APA, 1994), el enfoque categorial de

clasificación es más apropiado cuando todos los miembros (trastornos) de una clase diagnóstica son homogéneos, cuando existen unos límites claros entre las clases, y cuando las diferentes clases son excluyentes. Sin embargo, la elevada comorbilidad indica que nada de esto suele ocurrir con los trastornos mentales. Aunque pueden existir diversas razones que justifiquen la elevada comorbilidad entre los trastornos mentales, en general ésta puede deberse a que: (a) se asignen inapropiadamente varios trastornos cuando en realidad los síntomas podrían reflejar un único trastorno (por ejemplo, a veces resulta problemática la distinción entre la fobia social del tipo generalizado y el trastorno de personalidad de evitación; p.ej., Turner, Beidel y Townsley, 1992); (b) con frecuencia algunos trastornos están asignados a una categoría diagnóstica incorrecta (por ejemplo, el trastorno de conversión comparte características fenomenológicas esenciales con los trastornos disociativos, más que con los trastornos somatoformes; así mismo, el trastorno de estrés postraumático, que se asocia a elevada sintomatología disociativa, despersonalización y desapego, ha sido sugerido ser más apropiado si se clasifica como un trastorno disociativo en lugar de como trastorno de ansiedad; p.ej., Clark et al., 1995; Davidson y Foa, 1991); (c) existen síntomas comunes a varios trastornos (p.ej., varios de los síntomas DSM-IV requeridos para el diagnóstico del episodio depresivo mayor coinciden con síntomas que se requieren para el diagnóstico del trastorno de ansiedad generalizada; y (d) un trastorno puede ser una complicación (secundaria) de un trastorno previo (p.ej., la depresión suele ser una complicación secundaria común en el trastorno de pánico y en los trastornos de conducta; Frías, Carrasco, Fernández, García y García, 2009).

El fenómeno de la comorbilidad ha motivado la búsqueda de alternativas más consistentes en la descripción y clasificación de los trastornos mentales, así como también hacia la investigación de constructos basados en criterios dimensionales. A pesar de las consabidas ventajas de las clasificaciones categoriales (p.ej., se ajustan mejor a las exigencias de las instituciones sanitarias), un posible sistema dimensional tendría algunas ventajas importantes como, por

ejemplo, reducir la inflación de categorías diagnósticas estableciendo un conjunto de dimensiones básicas y poner más énfasis en la gravedad del trastorno. Por otra parte, un sistema de clasificación dimensional multifactorial suele incluir una estructura jerárquica, con dimensiones más generales (factores de orden superior) y factores más específicos, proporcionando diferentes tipos de información (Clark et al., 1995).

Paralelamente a la clásica polémica entre los puntos de vista categoriales vs. dimensionales sobre la clasificación de la conducta anormal (Clark et al., 1985; Mineka et al., 1998; Nathan y Langenbucher, 1999; Widiger y Clark, 2000), algunos autores han sugerido distintos conceptos alternativos sobre la conducta anormal como base para definir dimensionalmente la psicopatología, tales como los conceptos de «*harmfull dysfunction*» (Wakefield, 1992) o «*significant restriction*» (Bergner, 1997). Sin embargo, una alternativa más consistente podría establecerse desde el transdiagnóstico. Desde el punto de vista psicopatológico, el transdiagnóstico consiste en entender los trastornos mentales sobre la base de un rango de procesos cognitivos y conductuales etiopatogénicos causales y/o mantenedores de la mayor parte de los trastornos mentales o de grupos consistentes de trastornos mentales. A este respecto, el transdiagnóstico, aunque se basa en una concepción dimensional de la psicopatología, consiste más en una integración entre ambos enfoques que en un rechazo de la clasificación categorial. En realidad, una oposición entre ambos enfoques (dimensional 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. A este respecto, un reto para la investigación empírica futura del transdiagnóstico consiste en determinar hasta qué punto un conjunto dimensional (procesos y/o factores o dimensiones) apoya o refuta un conjunto de trastornos comunes. El transdiagnóstico es una aproximación científica convergente e integradora y, aunque se basa en un enfoque dimensional de base, supone asumir la existencia de algún sistema de diagnóstico.

Antecedentes conceptuales del transdiagnóstico en psicopatología

Una buena idea no necesariamente debe ser una nueva idea. En realidad el transdiagnóstico no es algo nuevo, sino que se ha venido fabricando desde el comienzo de la psicopatología científica. En la Tabla 1 resumimos algunas de las aportaciones para la construcción del transdiagnóstico. Las primeras aportaciones se basan en la aplicación de las teorías del aprendizaje (condicionamiento clásico y operante) a la explicación de la conducta anormal (Mowrer, 1939; Skinner, 1957; Wolpe, 1969), y corresponden a una época en la que la especificidad del diagnóstico clínico (categorial) era muy limitada, lo cual facilitaba el desarrollo de dichas teorías. Las teorías de estos autores, basadas en principios comportamentales, se extendían a la mayor parte de los problemas o trastornos psicológicos, y como tales podrían aplicarse mediante terapia de conducta a cualquier trastorno mental.

Varios autores desarrollaron durante la década de los años sesenta (Beck, 1967; Ellis, 1962; Eysenck, 1959) conceptos transdiagnósticos de gran relevancia. Eysenck (1959; Eysenck y Eysenck, 1976) describió las dimensiones de personalidad de neuroticismo, extraversión y psicoticismo, las cuales aún se mantienen vigentes actualmente. Las dimensiones de neuroticismo y extraversión, similares a los conceptos actuales de afecto negativo y afecto positivo, fueron propuestas por Eysenck para caracterizar a los trastornos neuróticos, mientras que la dimensión de psicoticismo lo fue para los trastornos psicóticos y la conducta antisocial. Ellis (1962) fue pionero en asociar los trastornos emocionales con el pensamiento irracional. En concreto, relacionó los trastornos emocionales con determinados procesos cognitivos de pensamiento emocional, tales como la baja tolerancia a la frustración (p.ej., a los síntomas de malestar emocional), el catastrofismo (*catastrophizing*) y la exigencia (*demandingness*; p.ej., «El mundo no me trata con justicia»). La terapia cognitiva diseñada por Ellis, particularmente la terapia aplicada en grupo, era una auténtica TCC transdiagnóstica (Taylor y Clark, 2009). Poco más tarde Beck (1967)

elaboró una teoría cognitiva revolucionaria sobre la psicopatología que, aunque inicialmente estaba dirigida a la depresión, se ha aplicado también a los trastornos de ansiedad (Beck y Emery, 1985). La teoría de Beck se basa en la existencia de ciertas *creencias y actitudes negativas* (disfuncionales) que llevan a *sesgos cognitivos*, o sesgos en el procesamiento de la información (inferencia arbitraria, abstracción selectiva, generalización excesiva, maximización y minimización, personalización, y pensamiento absolutista/dicotómico).

Como puede apreciarse en la Tabla 1, a partir de la década de los años ochenta, y hasta épocas muy recientes, se han venido proponiendo diversos constructos, más o menos genéricos, con propiedades transdiagnósticas, i.e., referidos a más de un trastorno psicológico. Algunos conceptos (anhedonia, reforzamiento, autofocalización negativa, internalización-externalización) se han asociado a todos o muchos de los trastornos mentales. Por ejemplo, Ingram (1990) desarrolló el concepto metacognitivo de atención autofocalizada patológica (*autofocalización negativa*; «auto-absorción»), como característica psicopatológica crítica de los diferentes trastornos mentales. Se refiere a una focalización mantenida de la atención interna, de forma rígida. Constituye la base de muchas teorías cognitivas y meta-cognitivas psicopatológicas actuales. La *anhedonia*, aunque básicamente ha sido considerada como un componente fundamental de la depresión, también ha sido sugerida como característica importante de otros trastornos, incluida la esquizofrenia (Sandín y Chorot, 1985b), la fobia social, y otros trastornos psicológicos (Widiger y Clark, 2000).

El resto de los conceptos transdiagnósticos que aparecen en la tabla se refieren básicamente a los trastornos emocionales (trastornos de ansiedad y trastornos depresivos —trastorno depresivo mayor y trastorno distímico). La elevada comorbilidad que se da entre los trastornos emocionales justifica la búsqueda de factores o procesos comunes que expliquen dicha comorbilidad. El concepto de *sensibilidad a la ansiedad* (i.e., temor a los síntomas de ansiedad; Reiss y McNally, 1985) se propuso inicialmente como un factor, diferente del rasgo de ansie-

dad, de vulnerabilidad cognitiva hacia todos los trastornos de ansiedad, especialmente hacia el trastorno de pánico (Sandín, Chorot y McNally, 1996, 2001; Sandín, Chorot, Santed y Valiente, 2002, 2005; Taylor, 1999; Valiente, Sandín, Chorot y Tabar, 2003). Sin embargo, existe evidencia de que la sensibilidad a la ansiedad constituye una variable de vulnerabilidad también hacia otros trastornos, tales como los trastornos depresivos (Taylor, 1999), las adicciones (DeHaas, Calamari, Bair y Martin, 2001) y los trastornos del espectro psicótico (Pastor, Cuevas, Ductor, Perona y Salas, 2010), vulnerabilidad que puede diferir en función de sus tres dimensiones (física, cognitiva y social; Taylor et al., 2007).

El constructo *fusión pensamiento-acción* fue propuesto como variable de vulnerabilidad en el desarrollo y/o mantenimiento del trastorno obsesivo-compulsivo (Shafran, Thordarson y Rachman, 1996), aunque posteriormente se ha venido poniendo de relieve que no es específico de dicho trastorno, ya que también se ha asociado de forma significativa con la mayor parte de los trastornos de ansiedad (trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de pánico, fobia social), la depresión mayor y los trastornos alimentarios («fusión pensamiento-forma») (Safra y Rachman, 2004). Los dos principales componentes de la fusión pensamiento-acción que han sido aislados son la *probabilidad*, o creencia de que al experimentar un pensamiento particular sobre algún evento se incrementa la posibilidad de que el evento ocurra realmente (p.ej., pensar en un accidente incrementa la probabilidad de que éste ocurra en realidad), y la *moralidad*, o creencia de que el pensamiento acerca de una acción es equivalente a realizar realmente dicha acción (p.ej., tener dudas sobre apuñalar a una persona equivaldría moralmente a llevarlo a cabo).

El grupo de Taylor (véase Taylor, Bagby y Parker, 1997) ha venido proponiendo la relevancia de la *alexitimia* como un constructo amplio relacionado con la regulación del afecto, desde un contexto metacognitivo. La alexitimia ha sido definida por estos autores como una combinación de dificultades consistentes en: (a) dificultad para identificar los sentimientos y para diferenciar entre los sentimientos y las

sensaciones corporales de activación emocional; (b) dificultad para describir los sentimientos a otras personas, (c) Reducción de los procesos imaginativos, como se evidencia por la escasez de fantasías; y (d) un estilo cognitivo orientado externamente. La alexitimia consiste en una deficiencia global para la regulación del afecto, habiendo sido reformulada recientemente como un constructo metacognitivo transdiagnóstico (mentalización o teoría de la mente) (Gumley, 2011). Aunque la evidencia es aún preliminar a este respecto, ha sido propuesta como factor de vulnerabilidad relacionado con un amplio abanico de trastornos mentales, entre los que se incluyen los trastornos somatoformes, la depresión, los trastornos de ansiedad, los trastornos de personalidad, las adicciones y los trastornos alimentarios (López-Santiago y Belloch, 2012; Taylor et al., 1997).

Tal vez uno de los desarrollos recientes más relevantes de la psicopatología para la construcción del transdiagnóstico, referido a los trastornos emocionales, proviene del influyente modelo de Clark y Watson (1991), conocido como «*modelo tripartito*» sobre el afecto, la ansiedad y la depresión. Curiosamente, aunque el modelo fue propuesto, y es válido para explicar la diferenciación entre la ansiedad y la depresión (Joiner et al., 1996, 1998; Sandín y Chorot, 1995a), también ha sido relevante para lo contrario, como modelo unificador de los trastornos emocionales a partir del factor general de afectividad negativa. El modelo parte de las dos dimensiones básicas del afecto (Watson y Tellegen, 1985; Sandín et al., 1999; Santed, Sandín, Chorot, Olmedo y García-Campayo, 2003), i.e., el afecto negativo y el afecto positivo. El *afecto negativo* es un factor general (no específico), común para la depresión y la ansiedad, mientras que el *afecto positivo* es un factor específico, relacionado primariamente con la depresión (bajo afecto positivo). El modelo incluye un tercer factor denominado *hiperactivación fisiológica*, el cual es específico de la ansiedad. Por tanto, el modelo consiste en un factor general (i.e., de vulnerabilidad general hacia todos los trastornos emocionales) y dos factores específicos (uno específico de los trastornos de ansiedad y otro específico de los trastornos depresivos).

Tabla 1. Aportaciones de la psicopatología antecedentes al desarrollo del transdiagnóstico

<i>Autor(es)</i>	<i>Concepto transdiagnóstico</i>	<i>Procesos transdiagnósticos</i>	<i>Trastornos implicados</i>
Mowrer (1939) Skinner (1957) Wolpe (1969)	Principios de condicionamiento	Reforzamiento Extinción	Trastornos mentales
Eysenck (1959) Eysenck y Eysenck (1976)	Neuroticismo Extraversión Psicoticismo	Hiperactivación autónoma Activación cortical Impulsividad	Trastornos neuróticos Trastornos psicóticos Conducta antisocial
Ellis (1962)	Pensamiento irracional	Exigencia (<i>demandingness</i>) Catastrofismo Baja tolerancia a la frustración	Trastornos emocionales
Beck (1967) Beck y Emery (1985)	Esquemas cognitivos Actitudes disfuncionales Creencias disfuncionales	Sesgos cognitivos (procesamiento de la información)	Trastornos depresivos Trastornos de ansiedad
Reiss y McNally (1985) Taylor (1999) Barlow (1988)	Sensibilidad a la ansiedad	Expectativas físicas Expectativas cognitivas Expectativas sociales Tendencias a la acción Incontrolabilidad/ Impredecibilidad Atención autofocalizada	Trastornos de ansiedad Trastornos depresivos Adicciones Trastornos de ansiedad
Achenbach (1966)	Internalizado Externalizado		Trastornos emocionales Trastornos de conducta
Tyrer (1989)	Síndrome neurótico general		Trastornos neuróticos
Ingram (1990)	Atención autofocalizada	Auto-absorción	Trastornos mentales
Wulfert et al. (1996)	Principios de condicionamiento	Reforzamiento	Alcoholismo Paidofilia
Shafran et al. (1996) Shafran y Rachman (2004)	Fusión pensamiento-acción	Probabilidad Moralidad	Trastornos de ansiedad (TOC, TAG, TP) Trastornos alimentarios
Taylor et al. (1997)	Alexitimia	Metacognición (regulación del afecto)	Trastornos somatoformes Trastornos de personalidad Trastornos de ansiedad Depresión Trastornos alimentarios Adicciones
Purdon (1999)		Supresión del pensamiento	Depresión TEPT, TOC, TAG
Clark y Watson (1991) Watson (2009) Widiger y Clark (2000)	Afecto negativo Afecto positivo Hiperactivación autónoma Anhedonia	Alto/bajo distress Elevada/limitada especificidad	Trastornos depresivos Trastornos de ansiedad Depresión Esquizofrenia Fobia social
Barlow (2002)	Vulnerabilidad biológica general Vulnerabilidad psicológica general	Afecto negativo, Neuroticismo Inhibición conductual Incontrolabilidad	Trastornos emocionales

Nota. TEPT = trastorno de estrés postraumático, TOC = trastorno obsesivo-compulsivo, TAG = trastorno de ansiedad generalizada, TP = trastorno de pánico.

El modelo ha sido probado empíricamente en diferentes contextos y ha sufrido algunos retoques (véase Mineka et al., 1998). Por ejemplo, Barlow (2002), asumiendo el factor general de afectividad negativa como un factor general de angustia (*distress*) y como manifestación de la «aprensión ansiosa», redefine el factor de hiperactivación autónoma como expresión del *miedo/pánico*, y el bajo afecto positivo lo asocia a la anhedonia y la desesperanza (como indicativos de la *depresión*). El modelo estructural parece ajustarse a una estructura jerárquica, en la cual el afecto negativo y el afecto positivo aparecen como factores de orden superior con vías significativas (relaciones positivas) hacia todos los trastornos emocionales examinados (trastorno depresivo mayor, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de pánico, trastorno obsesivo-compulsivo, y fobia social). En contraste, el factor de activación autónoma (representante del fenómeno del pánico) emerge como un factor de orden inferior, con vías significativas desde el trastorno de pánico (relación positiva) y el trastorno de ansiedad generalizada (relación negativa) (Barlow et al., 2004). Según estos autores, los trastornos de ansiedad y depresivos corresponden a lo que denomina como *síndrome de afecto negativo* (similar al descrito por Tyrer, 1989, como «síndrome neurótico general»), donde la ansiedad generalizada parece tener una relación más estrecha con la depresión que con los restantes trastornos de ansiedad.

Watson, O'Hara y Stuart (2008) enfatizaron la estructura jerárquica del afecto y la necesidad de establecer la «superclase» de trastornos emocionales (inexistente actualmente en los sistemas de diagnóstico). Los autores parten de la elevada comorbilidad que suele darse entre los síntomas depresivos (tristeza, depresión) y los síntomas de ansiedad y miedo entre los pacientes diagnosticados de algún trastorno de ansiedad o depresivo. Por tanto, concluyen que se trata de una separación artificial entre los trastornos del estado de ánimo y los trastornos de ansiedad, que deberían categorizarse conjuntamente en una superclase de trastornos emocionales. Basándose en evidencia empírica, sugieren que esta superclase debería estar constituida por las tres subclases siguientes de trastornos

emocionales: (a) La *primera subclase* incluiría los trastornos que definen el factor de *ansiedad-sufrimiento* (*anxious-misery*), que denominan como «trastornos de angustia» (*distress disorders*), los cuales son la depresión mayor, la distimia, y el trastorno de ansiedad generalizada; todos ellos se caracterizan por implicar la experiencia de malestar subjetivo generalizado, y contienen en gran medida el componente no específico de afectividad negativa. (b) La *segunda subclase* consiste en los trastornos que definen el factor de *miedo* en los análisis estructurales; incluye el trastorno de pánico, la agorafobia, la fobia social, y la fobia específica. Finalmente, Watson et al. sugieren un tercer grupo (*tercera subclase*) más especulativo que incluiría los trastornos bipolares (bipolar I, bipolar II, y ciclotimia). En lo que concierne al trastorno obsesivo-compulsivo, estos autores sugieren que comparte características con un abanico de síndromes que se sitúan fuera de los trastornos de ansiedad y del estado del ánimo, desde diferentes puntos de vista (sintomatológico, etiológico, farmacológico, etc.), los cuales podrían denominarse como «síndromes del espectro obsesivo-compulsivo»; por lo cual, tal vez este trastorno o conjunto de síndromes debería clasificarse fuera de la clase de los trastornos de ansiedad.

Más recientemente, Watson (2009) ha propuesto un «*modelo cuatripartito*», que supone una extensión de los modelos tripartitos establecidos por Clark y Watson (1991) y Mineka et al. (1998). El modelo de Watson (2009) se estructura sobre la base de 4 tipos básicos de síntomas: (1) síntomas de alto distress y limitada especificidad, (2) síntomas de alto distress y elevada especificidad, (3) síntomas de bajo distress y elevada especificidad, y (4) síntomas de bajo distress y limitada especificidad.

Una contribución importante en el desarrollo del transdiagnóstico referida a los trastornos emocionales es el concepto de *triple vulnerabilidad* sugerido por Barlow (2002; Barlow et al., 2004). Dos de estas vulnerabilidades son transdiagnósticas (véase la Tabla 1), i.e., la vulnerabilidad biológica general y la vulnerabilidad psicológica general (el tercer tipo de vulnerabilidad se refiere a la vulnerabilidad específica referida a cada uno de los trastornos de ansiedad,

excepto el trastorno de ansiedad generalizada). La *vulnerabilidad biológica general* implica la contribución genética no específica en el desarrollo de la ansiedad y el afecto negativo. Esta vulnerabilidad suele expresarse en términos como «neuroticismo», «afecto negativo», «inhibición conductual» o «aprensión ansiosa». La *vulnerabilidad psicológica general* es formulada como complementaria a la vulnerabilidad biológica, y podría desarrollarse a través de experiencias que llevan al individuo a generar un sentido de incontrolabilidad, el cual podría estar en el núcleo del afecto negativo y sus estados derivados de ansiedad y depresión. La conjunción de estos dos tipos de vulnerabilidad generales, potenciado por la influencia de las experiencias de estrés psicosocial, podría dar lugar al trastorno de ansiedad generalizada y/o a los trastornos depresivos. Sin embargo, para la génesis de los restantes trastornos de ansiedad (trastorno de pánico, fobia específica, fobia social, etc.), se requiere la vulnerabilidad psicológica específica (experiencias de aprendizaje que asocian la ansiedad a determinadas situaciones vitales); por ejemplo, ciertas experiencias tempranas de aprendizaje pueden determinar que el individuo perciba las sensaciones somáticas (trastorno de pánico), los pensamientos intrusos (trastorno obsesivo-compulsivo), o la evaluación social (fobia social) como especialmente peligrosos (Sandín, Chorot, Santed y Valiente, 2004).

Conceptos y procesos psicopatológicos transdiagnósticos

En su enfoque transdiagnóstico de los trastornos alimentarios, Fairburn et al. (2003) se basaron en el hecho de que los pacientes con este tipo de trastornos parecían compartir características clínicas distintivas de los trastornos alimentarios, así como también ciertos procesos psicopatológicos genéricos, a la vez que solía darse una cierta evolución transdiagnóstica temporal desde la anorexia nerviosa hacia la bulimia nerviosa (los trastornos alimentarios de la adolescencia media suelen presentarse predominantemente en forma de anorexia nerviosa o marcados por síntomas de anorexia, mientras que la bulimia suele predominar durante la adolescencia avanzada o

en los comienzos de la edad adulta). Concretamente, estos autores propusieron que, en ciertos pacientes, los mecanismos psicopatológicos nucleares (*core mechanisms*) que mantienen los trastornos alimentarios (p.ej., sobrevaloración de la comida o el peso, dietas y otras conductas de control del peso, conductas compensatorias, etc.) interaccionan con alguno de los cuatro procesos adicionales (genéricos) mantenedores del trastorno (tal interacción suele ser un obstáculo para el cambio terapéutico): (1) el *perfeccionismo clínico* (i.e., perfeccionismo grave con significación clínica, asociado a consecuencias adversas); (2) la *baja autoestima* (autocrítica, visión negativa de sí mismo como parte de su identidad permanente); (3) la *intolerancia emocional* (incapacidad para afrontar ciertos estados emocionales; puede referirse tanto a estados emocionales negativos como positivos); y (4) las *dificultades interpersonales* (tensiones familiares, interacciones sociales, influencias del ambiente social, etc.). Los autores sugieren que, en el caso de los trastornos alimentarios, las características clínicas compartidas (aunque sean distintivas de cada trastorno) tienden a estar mantenidas por procesos psicopatológicos similares, concluyendo que existen mecanismos comunes implicados en el mantenimiento de la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa y los trastornos alimentarios atípicos. Esto llevó a Fairburn et al. (2003) a proponer una teoría transdiagnóstica sobre el mantenimiento del rango (o espectro) completo de los trastornos alimentarios, convirtiéndose así en la primera teoría transdiagnóstica formal de la psicología clínica.

Barlow, Allen y Choate (2004) desarrollaron una teoría psicopatológica y un tratamiento unificado de los trastornos emocionales (trastornos de ansiedad y trastornos depresivos). Desde el punto de vista psicopatológico, y como base de su propuesta de tratamiento unificado, Barlow et al. (2004) retornan al ya conocido «síndrome neurótico general» (véase Sandín y Chorot, 1995a), que ahora rebautizan como «síndrome de afecto negativo», el cual es propuesto como estructura latente dimensional de vulnerabilidad general de los trastornos emocionales, y denota un elevado nivel de *afectividad negativa*. Más aun, Barlow et al. sugieren que este constructo psicopatológico general también podría ser apli-

cable más globalmente a los trastornos psicopatológicos donde el afecto negativo desempeñe un papel funcional, tales como los trastornos bipolares, somatoformes, disociativos, alimentarios y los trastornos relacionados con la ira. Partiendo del conocido modelo tripartito sobre el afecto positivo y negativo, la ansiedad y la

depresión (Clark y Watson, 1991; Joiner et al., 1996, 1998; Sandín et al., 1999), Barlow et al. subrayan el elevado solapamiento que parece darse entre la depresión y ciertos trastornos de ansiedad (especialmente el trastorno de ansiedad generalizada), resaltando la comunalidad entre ansiedad y depresión a nivel fenomenológico.

Tabla 2. Conceptos y procesos psicopatológicos transdiagnósticos

<i>Autor(es)</i>	<i>Concepto transdiagnóstico</i>	<i>Procesos transdiagnósticos</i>	<i>Trastornos implicados</i>
Fairburn et al. (2003)	Perfeccionismo clínico Baja autoestima Intolerancia emocional Dificultades interpersonales		Trastornos alimentarios
Barlow et al. (2004)	Afectividad negativa Afectividad positiva Hiperactivación fisiológica	Atención autofocalizada Incontrolabilidad/ Impredecibilidad Tendencias a la acción Evitación Distracción Racionalización Rituales cognitivos Supresión emocional Señales de seguridad Preocupación/rumiación	Trastornos emocionales (trastornos de ansiedad y trastornos depresivos)
Harvey et al. (2004)	Atención Memoria Razonamiento Pensamiento Conducta	Atención selectiva Evitación atencional Memoria selectiva Memorias recurrentes Memoria sobregeneralizada Sesgos interpretativos Sesgos de expectativa Razonamiento emocional Pensamiento negativo repetitivo Creencias metacognitivas Supresión del pensamiento Evitación Conductas de seguridad	Cualquier trastorno
Aldao et al. (2010)	Estrategias de regulación emocional	Reevaluación Solución de problemas Aceptación Supresión Evitación emocional Rumiación	Trastornos de ansiedad Trastornos depresivos Trastornos alimentarios Adicciones
Egan et al. (2011)	Perfeccionismo	Comprobación del rendimiento Evitación Dilación («procastinación») Conductas contraproducentes	Trastornos de ansiedad Trastornos depresivos Trastornos alimentarios
Carleton et al. (2012)	Intolerancia a la incertidumbre	Prospectiva Inhibitoria	Trastornos de ansiedad Trastornos depresivos Trastornos alimentarios

Barlow (2002; Barlow et al., 2004) subraya cuatro principios psicopatológicos transdiagnósticos fundamentales que subyacen a los trastornos emocionales: la atención autofocalizada (auto-preocupación neurótica), la percepción de incontrolabilidad e impredecibilidad, las tendencias a la acción, y la evitación (véase la Tabla 2). Los dos primeros procesos están implicados en las evaluaciones negativas antecedentes que suelen ser características en los pacientes con trastornos de ansiedad y/o depresión, tales como las relacionadas con las señales de peligro internas (p.ej., sensaciones físicas) o externas, y suelen expresarse como evaluaciones erróneas de sobre-estimación o catastrofismo (p.ej., interpretaciones catastrofistas en el trastorno de pánico). Tales procesos pueden llevar a la adopción de diversas formas de evitación comunes a los pacientes con ansiedad o depresión, como la distracción, la racionalización, los rituales cognitivos, la supresión emocional, la preocupación o rumiación, y la búsqueda de señales de seguridad. Otras formas de evitación más específicas (p.ej., rituales comportamentales, evitación de una situación social, evitación interoceptiva, etc.) pueden ser características de ciertos trastornos más que constructos transdiagnósticos.

Paralelamente al trabajo de estos autores, Harvey, Watkins, Mansell y Shafran (2004) contrastan el nuevo enfoque transdiagnóstico con el más tradicional enfoque centrado en trastornos específicos (enfoque trastorno-específico); en contraste con este último, el enfoque transdiagnóstico hipotetiza la existencia de un rango de procesos etiológicos cognitivos y/o conductuales compartidos por los diversos trastornos psicológicos; es decir, procesos que se encuentran elevados en un amplio rango de trastornos psicológicos, los cuales contribuyen causalmente al desarrollo y/o mantenimiento de los síntomas asociados a dichos trastornos. Harvey et al. (2004) trataron de sistematizar los procesos psicológicos que pudieran estar implicados en todos los trastornos, para así desarrollar una forma global de TCC (i.e., TCC transdiagnóstica) que no requiera efectuar un diagnóstico específico para que ésta sea efectiva. De este modo, los autores se basaron en «procesos clave», asociados a trastornos del Eje I, que cate-

gorizaron en los 5 dominios amplios siguientes: atención, memoria, razonamiento, pensamiento y conducta. En contraste con Fairburn et al. (2003), los autores excluyen de su clasificación procesos amplios que pudieran estar implicados en diversos dominios, tales como el perfeccionismo o la autoeficacia. Para cada proceso dentro de cada dominio (p.ej., los sesgos interpretativos en el dominio del razonamiento), Harvey et al. (2004) examinaron la literatura para evaluar si la evidencia confirmaba que tal proceso podía ser considerado como transdiagnóstico.

En un estudio bastante exhaustivo y tras aplicar criterios estrictos, Harvey et al. (2004) aislaron 14 procesos transdiagnósticos asociados a los cinco dominios indicados arriba: (1) *atención* (atención selectiva externa, atención selectiva interna, y evitación atencional); (2) *memoria* (memoria selectiva explícita, memorias recurrentes, y memoria sobregeneralizada); (3) *razonamiento* (sesgos interpretativos, sesgos de expectativa, y razonamiento emocional); (4) *pensamiento* (pensamiento negativo recurrente, creencias metacognitivas positivas y negativas, y supresión del pensamiento); y (5) *conducta* (evitación, y conductas de seguridad) (Harvey et al., 2004, p. 170). Algunos de estos procesos conforman objetivos tradicionales de la TCC para distintos trastornos, tales como el pensamiento negativo recurrente (preocupación y rumiación), la conducta de evitación, y los sesgos interpretativos. Así mismo, los autores subrayan que algunos de los procesos parecen solaparse; por ejemplo, la evitación atencional (p.ej., evitar la mirada) puede ser considerada también como conducta de seguridad (p.ej., evitar el rechazo social). De los 14 procesos aislados, dos de ellos (memoria sobregeneralizada y supresión del pensamiento) no cumplían todos los criterios requeridos pues, aunque eran compartidos por muchos trastornos, no resultaron ser tan universales como el resto de procesos indicados arriba.

Las emociones están implicadas en los denominados trastornos emocionales, pero también en otros trastornos. La forma en que el individuo maneje (regule) sus propias emociones puede ser un factor fundamental en algunos trastornos mentales. En este sentido, se han sugerido diversos tipos de *estrategias de regulación emocional* que podrían ser conceptualizadas como procesos

o mecanismos transdiagnósticos. Recientemente, Aldao et al. (2010) relacionaron algunas de estas estrategias con diversos trastornos internalizados (trastornos de ansiedad y depresivos) y externalizados (adicciones y trastornos alimentarios). En la Tabla 2 se indican las 6 estrategias de regulación emocional estudiadas, entre las que se incluían tanto estrategias consideradas adaptativas (reevaluación, solución de problemas, y aceptación) como desadaptativas (supresión emocional, evitación emocional, y rumiación). Aldao et al. constataron que algunas estrategias de regulación emocional se relacionaban de forma más intensa con dichos trastornos (considerados en conjunto); así por ejemplo, el tamaño del efecto de la rumiación era elevado, los efectos de la evitación, la solución de problemas y la supresión eran medios, y los efectos de la reevaluación y la aceptación eran bajos (el efecto de la aceptación no era significativo estadísticamente). Dicho en otros términos, excepto para la solución de problemas, las estrategias consideradas adaptativas (aceptación y reevaluación) resultaron ser menos relevantes que las consideradas desadaptativas (i.e., rumiación, evitación y supresión). Así mismo, la relación de dichas estrategias parecía ser más intensa con los trastornos de ansiedad y la depresión que con los trastornos externalizados (adicciones y trastornos alimentarios).

En una línea similar, Egan, Wade y Shafran (2011) re-examinaron recientemente el factor de *perfeccionismo* clínico como un proceso transdiagnóstico. Partiendo de que el perfeccionismo podría conceptualizarse como una característica de personalidad, como un conjunto de características cognitivo-conductuales, como un síntoma psicopatológico, o como un «proceso», los autores, basándose en Harvey et al. (2004), lo entienden como un proceso, i.e., como un aspecto cognitivo o conductual que contribuye al mantenimiento de un trastorno psicológico; y como tal constituye un factor de riesgo para el mantenimiento de los trastornos alimentarios, los trastornos de ansiedad y la depresión. Egan et al. resaltan en su revisión que el perfeccionismo incrementa la vulnerabilidad hacia los trastornos alimentarios, mantiene el trastorno obsesivo-compulsivo, la ansiedad social y la depresión, y predice la eficacia del tratamiento en estos tras-

tornos. Así mismo, concluyen indicando que el perfeccionismo elevado se asocia a la comorbilidad psicopatológica (p.ej., el perfeccionismo explicaría, al menos en parte, que en un mismo individuo se den varios trastornos a la vez).

Aunque el concepto de *intolerancia a la incertidumbre* fue propuesto inicialmente como una característica personal de vulnerabilidad hacia el trastorno de ansiedad generalizada (Ladouceur et al., 1999), existe abundante evidencia que sugiere se trata de una variable transdiagnóstica, más que de una variable específica del trastorno de ansiedad generalizada, representando un factor de vulnerabilidad cognitiva de la mayor parte de los trastornos de ansiedad y de los trastornos depresivos (Carleton et al., 2012), así como también de los trastornos alimentarios (Sternheim, Startup y Schmidt, 2011). La intolerancia a la incertidumbre es una respuesta negativa a la ambigüedad; es la tendencia a reaccionar negativamente a los sucesos o situaciones percibidas como inciertas. Las personas que son intolerantes a la incertidumbre suelen experimentar como estresantes los eventos o situaciones inciertas y tratan de evitarlos. La intolerancia a la incertidumbre suele implicar una reacción negativa a la incertidumbre así como también creencias de incapacidad para afrontar la ambigüedad y el cambio; por lo cual la incertidumbre puede ser considerada en sí misma como una amenaza, que puede promover, mantener o agravar la ansiedad y la percepción de amenaza.

La intolerancia a la incertidumbre suele definirse como una característica personal consistente en creencias negativas sobre la incertidumbre y sus implicaciones. La evidencia reciente sugiere que está orientada hacia el futuro (en contraste con el concepto de intolerancia a la ambigüedad, que está más orientada hacia el presente) y que está representada por dos dimensiones, una intolerancia *prospectiva* o focalizada cognitivamente (p.ej., «Los sucesos imprevistos me molestan mucho») y una intolerancia *inhibitoria* o focalizada conductualmente (p.ej., «La más pequeña duda puede hacer que pare lo que estaba haciendo»). Aunque la intolerancia a la incertidumbre pueda ser considerada como un constructo transdiagnóstico relacionado con los trastornos emocionales (ansiedad y depre-

sión), es probable que ambas dimensiones puedan determinar cierto grado de especificidad, pues la intolerancia inhibitoria se ha asociado más específicamente a los síntomas obsesivo-compulsivos, mientras que la intolerancia prospectiva parece relacionarse más con la ansiedad social, el pánico, la agorafobia y la depresión (Carleton et al., 2012). En cualquier caso, lo que en un principio se consideró como factor cognitivo de vulnerabilidad específico del trastorno de ansiedad generalizada, actualmente se sabe que es un factor transdiagnóstico, omnipresente en muchos trastornos psicológicos, incluidos los trastornos de ansiedad, los trastornos depresivos y los trastornos alimentarios.

En suma, podemos apreciar cómo se han propuesto diferentes conceptos psicopatológicos como constructos transdiagnósticos. También podemos apreciar que en bastantes casos consisten en conceptos que han venido siendo planteados previamente a través del desarrollo de la psicopatología y modificación de conducta. Ahora lo importante y novedoso es que estos factores, procesos y/o mecanismos se integran en la psicopatología desde una perspectiva diferente, integrando dimensiones y conjuntos de síntomas y trastornos mentales, y formalizando una nueva estructura teórica.

TRANSDIAGNÓSTICO Y TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL

En las páginas precedentes hemos descrito las bases del transdiagnóstico desde una perspectiva psicopatológica, lo que supone llevar a cabo un enfoque teórico sobre el mismo en el cual se establezca la arquitectura de esta nueva perspectiva, delimitando los conceptos fundamentales y su integración en la estructura teórica de la psicopatología. El concepto de transdiagnóstico, sin embargo, también posee una vertiente aplicada, que se ha traducido en poner en práctica la terapia cognitivo-conductual de forma transdiagnóstica, i.e., basándose en conceptos psicopatológicos transdiagnósticos comunes a diversos trastornos. Esto implica el desarrollo de nuevos protocolos de tratamiento no focalizados sobre trastornos específicos, sino más bien protocolos integrativos o unificados

válidos para conjuntos de trastornos (p.ej., para todos los trastornos emocionales).

La TCC ha progresado enormemente siguiendo una aproximación específica (i.e., centrada en trastornos específicos), basándose en modelos etiopatogénicos que corresponden igualmente a trastornos concretos (p.ej., actualmente existen modelos o teorías específicas para todos y cada uno de los trastornos de ansiedad). Estos modelos han sido de gran utilidad para el conocimiento y explicación de los trastornos mentales, así como también para el avance y perfeccionamiento de la TCC. No obstante, aunque existen protocolos de terapia cognitivo-conductual muy efectivos, validados empíricamente, diseñados para cada uno de los diferentes trastornos específicos (p.ej., Echeburúa, de Corral y Salaberría, 2010; López-Soler, Castro, Alcántara y Botella, 2011; Moriana y Martínez, 2011; Nathan y Gorman, 2007; Soto-Pérez, Franco, Monardes y Jiménez, 2010), un enfoque transdiagnóstico de la terapia puede tener ciertas ventajas ya que posibilita abordar factores psicopatológicos comunes que se dan simultáneamente en diferentes trastornos.

Desde la perspectiva del tratamiento, la TCC transdiagnóstica ha sido definida 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 (Mansel, Harvey, Watkins & Shafran, 2009; McEvoy, Nathan y Norton, 2008). El tratamiento transdiagnóstico ha sido caracterizado por (a) focalizarse en procesos cognitivos, conductuales y fisiológicos que son compartidos o comunes a través de los diferentes trastornos (i.e., denominados factores unificadores), (b) ausencia de evaluación diagnóstica, y (c) adopción de un enfoque científico convergente o integrativo (Clark, 2009; Mansel et al., 2009). La conceptualización y aplicación de la TCC transdiagnóstica puede variar desde posiciones que se limitan a aplicar los principios comunes que subyacen a los diferentes trastornos mentales (p.ej., McEvoy y Nathan, 2007) hasta otras más fundamentadas teóricamente (p.ej., Ellard et al., 2010; Norton, 2012).

Muchos de los precursores del transdiagnóstico psicopatológico, tales como Ellis (1962), Beck (1967) o Wolpe (1969), lo han sido también

de la TCC transdiagnóstica. Estos autores, aunque aplicaban la terapia en términos específicos (unidiagnóstico), se basaron en procesos transdiagnósticos como los errores del pensamiento, los sesgos interpretativos, o el condicionamiento, respectivamente. En muchas terapias actuales aplicadas a trastornos concretos se aplican procesos transdiagnósticos, lo cual explica que sus efectos puedan generalizarse a otros trastornos comórbidos. Si los procesos transdiagnósticos ya han estado presentes a lo largo de la TCC, ¿qué es lo nuevo en el enfoque del transdiagnóstico? Como han sugerido Mansell et al. (2009), desde el punto de vista del contexto histórico, lo que caracteriza la perspectiva transdiagnóstica es fundamentalmente que formaliza una nueva manera de entender los trastornos psicológicos. Por tanto, lo relevante es que se focaliza, singularmente, en los procesos mentales que han guiado la investigación sobre el condicionamiento y los errores cognitivos desde las aportaciones originales de los años setenta.

Desde contextos pragmáticos se han llevado a cabo, desde siempre, intervenciones terapéuticas de contenido transdiagnóstico, tales como, por ejemplo, el empleo de psicofármacos. La mayor parte de los fármacos (incluidos los psicofármacos) tienen efectos genéricos (p.ej., corticoides, antiinflamatorios no esteroideos, antidepresivos, etc.). Las múltiples técnicas de relajación, que suelen emplearse como herramientas de apoyo en diversos tipos de TCC, son otro ejemplo de práctica transdiagnóstica. En este mismo sentido, recientemente se ha puesto de manifiesto el importante papel del ejercicio físico como técnica transdiagnóstica de tratamiento, efectiva en muy diversos tipos de trastornos, tanto psicológicos como médicos (véase Sandín, 2010). Necesariamente estas formas de intervención deben actuar sobre procesos o mecanismos comunes a diversos tipos de trastornos.

Aunque el desarrollo de protocolos de TCC es muy reciente, en los últimos años se ha producido un importante progreso en este sentido. Fairburn et al. (2003), basándose en su teoría transdiagnóstica sobre los trastornos alimentarios (véase atrás), describen un tratamiento transdiagnóstico para estos trastornos. En esta nueva formulación del tratamiento de los tras-

tornos alimentarios, Fairburn et al. enfatizan la modificación de la psicopatología nuclear de estos trastornos (sobre-valoración de la comida, la forma y peso, y su control), con independencia del diagnóstico concreto de trastorno alimentario de que se trate (no es relevante determinar de qué trastorno alimentario se trata). Esta propuesta de tratamiento (de 4 etapas) también aborda los procesos adicionales (más generales) mediante «módulos» de tratamiento focalizados, respectivamente, en el perfeccionismo clínico, la baja autoestima, la intolerancia emocional, y las dificultades interpersonales.

Tras el trabajo de Fairburn et al. (2003) aparecen nuevas aportaciones que desarrollan y amplían la perspectiva transdiagnóstica de la psicología clínica, implicando tanto a los factores psicopatológicos como a la terapia. Así, el grupo de Norton de la Universidad de Houston (Norton, Hayes y Hope, 2004; Norton y Hope, 2005) llevó a cabo el primer ensayo clínico aleatorizado aplicando TCC transdiagnóstica (en formato grupal) a un grupo heterogéneo de pacientes con trastornos de ansiedad y depresión (diagnóstico secundario). Norton partió de la premisa transdiagnóstica de la existencia de una patología nuclear común a través de todos los trastornos de ansiedad, determinada básicamente por la estructura del modelo tripartito sobre el afecto, la ansiedad y la depresión (Clark y Watson, 1991). Así mismo, asumía que el afecto negativo podría considerarse como un componente patológico nuclear tanto de la ansiedad como de la depresión. Consistente con este marco teórico, los procesos y componentes del tratamiento no se basaron en las diferentes manifestaciones de la ansiedad en cuanto trastornos distintos que pudieran requerir diferentes tratamientos. Los ingredientes nucleares utilizados en el protocolo de TCC fueron la psicoeducación, la reestructuración cognitiva, y la exposición y prevención de respuesta a los estímulos temidos (en vivo, imaginación, o interoceptiva), i.e., los mismos principios que típicamente comparten los componentes terapéuticos nucleares de la TCC que han sido eficaces en la mayoría de los trastornos de ansiedad. Los autores constataron que la TCC transdiagnóstica, aplicada en formato grupal, era efectiva para reducir la sintomatología en un

grupo heterogéneo de pacientes con diagnóstico de ansiedad (Norton y Hope, 2005), así como también en pacientes con diagnóstico secundario de trastorno depresivo (Norton et al., 2004). En su formato actual, el protocolo desarrollado por Norton (2012) constituye un protocolo de elección para el tratamiento transdiagnóstico en grupo de los trastornos de ansiedad.

Partiendo de una concepción psicopatológica dimensional y del planteamiento teórico indicado sobre la etiología y/o mantenimiento de los trastornos emocionales (véase atrás), en el que juegan un papel relevante las tendencias de acción (asociadas a las emociones), el sentido de incontrolabilidad-impredecibilidad (sobre los sucesos del ambiente), y la auto-focalización de la atención (auto-preocupación neurótica), Barlow et al. (2004) proponen un «tratamiento unificado» (*Unified Protocol*) de TCC transdiagnóstica común para todos los trastornos de ansiedad y para la depresión basado en los tres componentes terapéuticos fundamentales siguientes: (a) Necesidad de *modificar las evaluaciones erróneas antecedentes* (reevaluación cognitiva); dos tipos de reevaluaciones cognitivas parecen ser especialmente relevantes en este sentido, i.e., la probabilidad de sobreestimación (probabilidad de que ocurra un suceso negativo) y el catastrofismo (consecuencias negativas del suceso negativo si éste llegase a ocurrir). (b) *Prevenir la evitación emocional* (más amplio que la clásica prevención de la evitación conductual de las fobias, ya que se focaliza en diversas formas de evitación, incluidas la evitación cognitiva, la evitación conductual y la evitación somática); existe amplia evidencia sobre la existencia de múltiples formas o estrategias de evitación cognitiva y conductual, tales como los rituales cognitivos, la distracción, la supresión de la emoción, la búsqueda de señales de seguridad (p.ej., medicación, uso de talismanes), la rumiación, etc., así como también sobre la evitación somática (p.ej., la evitación interoceptiva; véase Sandín, 2005). (c) *Modificar las tendencias a la acción emocionales* (por ejemplo, facilitando las tendencias a la acción no asociadas con la emoción alterada); la efectividad de la exposición podría deberse, al menos en parte, a que previene las tendencias a la acción asociadas al miedo/an-

siedad y facilita otras tendencias de acción más adaptativas; así mismo, permite otras tendencias asociadas a emociones alternativas (p.ej., la activación conductual, la risa, el humor).

Este protocolo original de TCC transdiagnóstica, aun basándose en los mismos principios psicopatológicos, ha sufrido algunos cambios y refinamientos a través de sus diversas aplicaciones. En el núcleo del protocolo se mantienen como fundamentales los principios tradicionales de la TCC, enfatizando la relevancia de los mecanismos de extinción (mediante la prevención de la evitación), la exposición conductual e interoceptiva, y la identificación y modificación de las cogniciones desadaptativas (Ellard, Fairholme, Boisseau, Fairchione & Barlow, 2010). El nuevo protocolo se focaliza de forma más explícita en la interacción entre los pensamientos, los sentimientos y las conductas relacionadas con la génesis de experiencias emocionales internas. Aparte de los tres módulos nucleares del protocolo (i.e., manejo de las reevaluaciones erróneas mediante reestructuración cognitiva, identificación y prevención de la evitación emocional, y exposición situacional e interoceptiva a los estímulos emocionales), éste incluye un módulo complementario dedicado a incrementar la conciencia emocional.

Aunque el desarrollo de la TCC transdiagnóstica se encuentra en sus inicios, lo cierto es que ha despertado un gran interés, habiéndose aplicado ya en diversos formatos de protocolo y en diferentes contextos, incluidos los formatos de tipo individual (Ellard et al., 2010) y grupal (véase Norton y Philipp, 2008), el tratamiento a través de internet (Titov, 2011), y los protocolos dirigidos a población de niños y adolescentes (Allen, Tsao, Sidman, Ehrenreich-May y Zeltzer, 2012). Los cimientos de la nueva perspectiva transdiagnóstica de la TCC son firmes; los retos y las perspectivas futuras son prometedores.

TRANSDIAGNÓSTICO Y PSICOLOGÍA CLÍNICA: COMENTARIOS Y RETOS FUTUROS

El transdiagnóstico constituye una nueva perspectiva en psicología clínica. Como hemos señalado, un aspecto conceptual fundamental

es que puede entenderse desde dos puntos de vista complementarios, esto es, desde el punto de vista psicopatológico y desde el punto de vista de la TCC. El primero se focaliza en la descripción y explicación de procesos cognitivos, conductuales y fisiológicos y en factores psicopatológicos comunes y unificadores de los diferentes trastornos mentales. La perspectiva psicopatológica transdiagnóstica posibilita entender los trastornos mentales desde una óptima más dimensional, a partir de la convergencia de diferentes procesos psicológicos comunes a conjuntos de trastornos (diagnósticos). La TCC transdiagnóstica, asimismo, posibilita un tratamiento más integrado y holístico de los trastornos mentales, al centrarse y aplicar los procesos psicopatológicos transdiagnósticos que son comunes a varios trastornos.

El transdiagnóstico no presupone la ausencia de diagnóstico, sino todo lo contrario. No cabría hablar de transdiagnóstico si no se asumiera algún sistema de diagnóstico de los trastornos psicológicos. Sin duda, un reto futuro importante del transdiagnóstico consiste en explicar qué trastornos y por qué pueden organizarse sobre la base de determinados mecanismos o procesos psicopatológicos transdiagnósticos. Así mismo, también es preciso explicar por qué los trastornos se presentan de forma tan distinta si comparten los mismos principios o procesos cognitivos y/o conductuales. Una posible explicación podría consistir en que existen factores de vulnerabilidad generales y específicos (Barlow et al., 2004), siendo los primeros comunes a grupos de trastornos, y los segundos propios de una categoría determinada de trastorno. Por ejemplo, las similitudes entre todos los trastornos de ansiedad podrían explicarse a través del factor general de afectividad negativa y de la vulnerabilidad psicológica general (p.ej., percepción de incontrolabilidad); mientras que la especificidad de los mismos podría estar determinada por la evaluación negativa o catastrofista de aspectos particulares asociada a experiencias de aprendizaje (p.ej., en el trastorno de pánico, podría asociarse a la evaluación negativa de las sensaciones somáticas, tales como taquicardia, respiración dificultosa, mareos, etc.). Es decir, en adición a los factores generales comunes, también parecen existir procesos

psicopatológicos específicos de cada trastorno. Una segunda razón transdiagnóstica podría venir dada porque un trastorno puede evolucionar, pudiendo transformarse en otro trastorno o complicarse con otros trastornos.

Este enfoque psicopatológico es más realista y menos artificial que el mero enfoque categorial vigente, ya que asume y explica la elevada comorbilidad que se da entre diferentes trastornos, tal como la que se observa entre los trastornos de ansiedad y los trastornos depresivos. Más aun, los trastornos de ansiedad y depresivos no sólo presentan elevada comorbilidad entre sí, sino también con un rango más amplio de otros trastornos mentales, tales como la hipocondría, los trastornos somatoformes, los trastornos disociativos, los trastornos bipolares, las adicciones, los trastornos alimentarios, los trastornos de conducta, el déficit de atención, y los trastornos de personalidad (Barlow et al., 2004; Fonseca, Paino, Lemos y Muñiz, 2011; Widiger y Clark, 2000), lo cual denota que los factores de vulnerabilidad general sugeridos para los trastornos de ansiedad y depresivos (p.ej., el factor general de angustia o afecto negativo —factor general de *distress*) constituyen un componente psicopatológico mucho más amplio de lo que se ha venido suponiendo, al afectar de forma general a la mayor parte de los problemas psicopatológicos e incluso a la enfermedad física (Montero, Rueda y Bermúdez, 2012).

La psicopatología de los trastornos emocionales no se reduce a una fundamentación centrada únicamente en las emociones de ansiedad, miedo, tristeza y anhedonia o desesperanza. Existen otras emociones que en cierto modo han sido «olvidadas» por la investigación. Una de estas emociones relegadas es la emoción de *asco* que, aunque apenas ha sido investigada, estudios recientes han puesto de relieve que puede jugar un papel relevante en la etiología y/o mantenimiento de los trastornos de ansiedad, especialmente de ciertas fobias y del trastorno obsesivo-compulsivo, así como también en muchos otros trastornos psicológicos (Rozin, Haidt y McCauley, 2000; Sandín et al., 2008). Aunque aún no se ha determinado hasta qué punto la emoción de asco forma parte del factor general de afectividad negativa (o factor general de *distress*), todo parece indicar que podría con-

formar una dimensión transdiagnóstica genérica de sensibilidad al asco, la cual podría estar implicada etiológicamente en algún grupo o grupos de trastornos mentales. Lógicamente, la TCC deberá incluir la modificación de dicho constructo en los nuevos protocolos transdiagnósticos.

Sin duda, se hace necesaria una nueva orientación en la clasificación de los trastornos mentales, en la cual las diferentes clases de trastornos se ajusten a las dimensiones transdiagnósticas básicas. No se trata, por tanto, de que el transdiagnóstico, al centrarse en un enfoque dimensional, rechace la clasificación categorial. El transdiagnóstico debe posibilitar una clasificación de los trastornos mentales basada en la ciencia y en criterios empíricos, y no tanto basada en criterios de consenso o de política científica. En dicha clasificación deben establecerse las relaciones funcionales entre los procesos genéricos y los específicos, que expliquen tanto las manifestaciones psicopatológicas generales (p.ej., los síntomas comunes a la ansiedad y la depresión) como los relativos a cada trastorno. También es necesario determinar las bases etiológicas de los diversos conceptos transdiagnósticos, así como su papel en el desarrollo y/o mantenimiento de los trastornos (p.ej., su papel mediador de la conducta anormal).

La TCC transdiagnóstica no debe entenderse como terapia alternativa a la TCC tradicional orientada a trastornos específicos, sino más bien como una terapia complementaria que posee aspectos positivos y negativos al compararla con la TCC orientada a trastornos específicos (Clark y Taylor, 2009). Aunque la evidencia empírica sobre la TCC transdiagnóstica es aún limitada, sus posibilidades son muchas y los frentes abiertos abarcan ya diversos ámbitos de la psicología clínica. Así por ejemplo, un protocolo de TCC transdiagnóstica podría aplicarse indistintamente para pacientes que sufren de ansiedad generalizada y/o de algún trastorno depresivo, así como también para cualquier trastorno de ansiedad. Los protocolos de TCC transdiagnóstica podrían estar recomendados para los pacientes con varios diagnósticos (p.ej., es común que un paciente tenga más de un trastorno de ansiedad y algún trastorno depresivo). También podría estar recomendado para abor-

dar en formato grupal distintos tipos de trastornos simultáneamente, algo que no es factible mediante la TCC tradicional. De hecho, a nuestro juicio, aunque la TCC transdiagnóstica se ha aplicado de forma individual, su principal ventaja no consiste en aplicarla de esta forma sino más bien como tratamiento en grupo. Finalmente, y sólo por citar algunas de las posibilidades que resultan particularmente sugestivas, se nos antoja que la TCC transdiagnóstica ocupará un puesto primordial en atención primaria (similar a lo que ocurre con los tratamientos médicos, que son más genéricos), en asuntos de prevención y promoción de la salud mental (p.ej., a través de centros educativos, formación de padres, etc.), y en general en la intervención en poblaciones de niños y adolescentes, donde los procesos psicopatológicos, por estar aún menos diferenciados, son por definición más transdiagnósticos.

REFERENCIAS

- Achenbach, T. M. (1966). The classification of children's psychiatric symptoms: A factor-analytic study. *Psychological Monographs*, 80, 1-37.
- Aldao, A., Nolen, S., & Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 30, 217-237.
- Allen, L. B., Tsao, J. C. I., Sidman, L. C., Ehrenreich-May, J., & Zeltzer, L. K. (2012). A unified, transdiagnostic treatment of adolescents with chronic pain and comorbid anxiety and depression. *Cognitive and Behavioral Practice*, 19, 56-67.
- American Psychiatric Association (APA) (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: APA.
- Barlow, D. H. (1988). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic*. New York: Guilford Press.
- Barlow, D. H. (2002). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic* (2nd ed.). New York: Guilford Press.
- Barlow, D. H., Allen, L. B., & Choate, M. L. (2004). Toward a unified treatment for emotional disorders. *Behavior Therapy*, 35, 205-230.
- Beck, A. T. (1967). *Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects*. New York: Harper & Row.

- Beck, A. T., & Emery, G. (1985). *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective*. New York: Basic
- Bergner, R. M. (1997). What is psychopathology? And so what? *Clinical Psychology Science and Practice*, 4, 235-248.
- Carleton, R. N., Mulvogue, M. K., Thibodeau, M. A., McCabe, R. E., Antony, M. M., & Asmundson, G. J. G. (2012). Increasingly certain about uncertainty: Intolerance of uncertainty across anxiety and depression. *Journal of Anxiety Disorders*, 26, 468-479.
- Clark, D. A. (2009). Cognitive behavior therapy for anxiety and depression: Possibilities and limitations of a transdiagnostic perspective. *Cognitive Behavior Therapy*, 38, 29-34.
- Clark, D. A., & Taylor, S. (2009). The transdiagnostic perspective on cognitive-behavioral therapy for anxiety and depression: New wine for old wineskins. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 23, 60-66.
- Clark, L. A., & Watson, D. (1991). Tripartite model of anxiety and depression: Psychometric evidence and taxonomic implications. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 316-336.
- Clark, L. A., Watson, D., & Reynolds, S. (1995). Diagnosis and classification of psychopathology: Challenges to the current system and future directions. *Annual Review of Psychology*, 46, 121-153.
- Davidson, J. R. T., & Foa, E. B. (1991). Diagnostic issues in posttraumatic stress disorder: Considerations for the DSM-IV. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 346-355.
- DeHaas, R., Calamari, J. E., Bair, J. P., & Martin, E. D. (2001). Anxiety sensitivity and drug or alcohol use in individuals with anxiety and substance use disorders. *Addictive Behaviors*, 26, 787-801.
- Echeburúa, E., de Corral, P., y Salaberría, K. (2010). Efectividad de las terapias psicológicas: Un análisis de la realidad actual. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 15, 85-99.
- Egan, S. J., Wade, T. D., & Shafran, R. (2011). Perfectionism as a transdiagnostic process: A clinical review. *Clinical Psychology Review*, 31, 203-212.
- Ellard, K. K., Fairholme, C. P., Boisseaux, C. L., Farchione, T. J., & Barlow, D. H. (2010). Unified protocol for the transdiagnostic treatment of emotional disorders: Protocol development and initial outcome data. *Cognitive and Behavioral Practice*, 17, 88-101.
- Ellis, A. (1962). *Reason and emotion in psychotherapy*. Secaucus, NJ: Citadel Press.
- Eysenck, H. J. (1959). *Maudsley Personality Inventory*. London: University of London.
- Eysenck, H. J., & Eysenck, S. B. G. (1976). *Psychoticism as a dimension of personality*. London: Hodder and Stoughton.
- 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.
- Fonseca, E., Paino, M., Lemos, S., y Muñiz, J. (2011). Prevalencia de la sintomatología emocional y comportamental en adolescentes españoles a través del Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ). *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 16, 15-25.
- Frías, A., Carrasco, A., Fernández, M. J., García, A., y García, B. (2009). Comorbilidad entre trastornos de conducta y depresión mayor en la adolescencia: Prevalencia, teorías explicativas y estatus nosológico. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 14, 1-16.
- Gumley, A. (2011). Metacognition, affect regulation and symptom expression: A transdiagnostic perspective. *Psychiatry Research*, 190, 72-78.
- 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.
- Ingram, R. E. (1990). Self-focused attention in clinical disorders: Review and a conceptual model. *Psychological Bulletin*, 109, 156-176.
- Joiner, T.E., Catanzaro, S.J., Laurent, J., Sandín, B., y Blalock, J.A. (1996). Modelo tripartito sobre el afecto positivo y negativo, la depresión y la ansiedad: Evidencia basada en la estructura de los síntomas y en diferencias sexuales. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 1, 27-34.
- Joiner, T.E., Sandín, B., Chorot, P., Lostao, L., Santed, M.A., Catanzaro, S.J., Laurent, J., & Marquina, G. (1998). A confirmatory factor-analytic validation of the tripartite model of depression and anxiety among undergraduates in Spain. *Journal of Gender, Culture and Health*, 3, 147-157.
- Ladouceur, R., Dugas, M. J., Freeston, M. H., Rheaume, J., Blais, F., Boisvert, J. M., et al. (1999). Specificity of generalized anxiety disorder symptoms and processes. *Behavior Therapy*, 30, 191-207.
- López-Santiago, J., & Belloch, A. (2012). Laberinto de la somatización: Se buscan salidas. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica/Spanish Journal of Clinical Psychology*, 17, 151-172.
- López-Soler, C., Castro, M., Alcántara, M., y Botella, C. (2011). El sistema de realidad virtual EMMA-infancia

- en el tratamiento psicológico de un menor con estrés posttraumático. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 16, 189-206.
- Mansell, W., Harvey, A., Watkins, E., & Shafran, R. (2009). Conceptual foundations of the transdiagnostic approach to CBT. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 23, 6-19.
- McEvoy, P. M., & Nathan, P. (2007). Effectiveness of cognitive behaviour therapy for diagnostically heterogeneous groups: A benchmarking study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75, 344-350.
- McEvoy, P. M., Nathan, P., & Norton, P. J. (2009). Efficacy of transdiagnostic treatments: A review of published outcome studies and future research directions. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 23, 27-40.
- Mineka, S., Watson, D., & Clark, L.A. (1998). Comorbidity of anxiety and unipolar mood disorders. *Annual Review of Psychology*, 49, 377-412.
- Montero, P., Rueda, B., y Bermúdez, J. (2012). Relación de la personalidad tipo D y el agotamiento vital con las emociones negativas y el ajuste psicológico a la enfermedad cardíaca. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica/Spanish Journal of Clinical Psychology*, 17, 93-106.
- Moriana, J. A., y Martínez, V. A. (2011). La psicología basada en la evidencia y el diseño y evaluación de tratamientos psicológicos eficaces. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 16, 81-100.
- Mowrer, O. H. (1939). Stimulus response theory of anxiety. *Psychological Review*, 46, 553-565.
- Nathan, P. E., & Gorman, J. M. (2007). *A guide to treatments that work* (3rd ed.). New York: Oxford University Press.
- Nathan, P.E., & Langenbucher, J. W. (1999). Psychopathology: Description and classification. *Annual Review of Psychology*, 50, 79-107
- Norton, P. J. (2012). *Group cognitive-behavioral therapy of anxiety: A transdiagnostic treatment manual*. New York: Guilford.
- Norton, P. J., & Hope, D. A. (2005). Preliminary evaluation of a broad-spectrum cognitive-behavioral group therapy for anxiety. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 36, 79-97.
- Norton, P. J., & Philipp, L. M. (2008). Transdiagnostic approaches to the treatment of anxiety disorders: A quantitative review. *Psychotherapy Theory, Research, Practice, Training*, 45, 214-226.
- Norton, P. J., Hayes, S. A., & Hope, D. A. (2004). Effects of a transdiagnostic group treatment for anxiety on secondary depressive disorders. *Depression and Anxiety*, 20, 198-202.
- Pastor, J., Cuevas, C., Ductor, M.J., Perona, S., y Salas, R. (2010). Relación entre síntomas positivos y sensibilidad a la ansiedad en las psicosis. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 15, 39-48.
- Purdon, C. (1999). Thought suppression and psychopathology. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 1029-1054.
- Reiss, S., & McNally, R. J. (1985). The expectancy model of fear. In S. Reiss, & R. R. Bootzin (Eds.), *Theoretical issues in behavior therapy* (pp. 107-121). New York, NY: Academic Press.
- Rozin, P., Haidt, J., & McCauley, C. (2000). Disgust (pp. 637-652). In M. Lewis & J. M. Haviland (Eds.), *Handbook of emotions*. New York: Guilford Press.
- Shafran, R., & Rachman, S. (2004). Thought-action fusion: A review. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 35, 87-107.
- Shafran, R., Thordarson, D., & Rachman, S. (1996). Thought-action fusion in obsessive compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 10, 379-39
- Sandín, B. (2005). Evitación interoceptiva: Nuevo constructo en el campo de los trastornos de ansiedad. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 10, 103-114.
- Sandín, B. (2010). *Ejercicio físico y salud*. Madrid: Klinik.
- Sandín, B., y Chorot, P. (1985a). Concepto y categorización de los trastornos de ansiedad. En A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos (Eds.), *Manual de psicopatología*, Vol. 2 (pp. 53-80). Madrid: McGraw-Hill.
- Sandín, B., y Chorot, P. (1985b). Escala de Anhedonia Física revisada (EAF-r) de Chapman y Chapman: Primeros datos empíricos con sujetos españoles. *Psiquis*, 6, 41-46.
- Sandín, B., Chorot, P., Santed, M.A., y Valiente, R.M. (2002). Análisis factorial confirmatorio del Índice de Sensibilidad a la Ansiedad para Niños. *Psicothema*, 14, 333-339.
- Sandín, B., Chorot, P., Santed, M.A., & Valiente, R.M. (2004). Differences in negative life events between patients with anxiety disorders, depression and hypochondriasis. *Anxiety, Stress and Coping*, 17, 37-47.
- Sandín, B., Chorot, P., Santed, M. A., Valiente, R. M., y Olmedo, M. (2008). Sensibilidad al asco: Concepto y relación con los miedos y los trastornos de ansiedad. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 13, 137-158.
- Sandín, B., Chorot, P., Valiente, R.M., y Chorpita, B.F. (2010). Development of a 30-item version of the Revised Child Anxiety and Depression Scale. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 15, 165-178.

- Sandín, B., Valiente, R. M., Chorot, P., y Santed, M. A. (2005). Propiedades psicométricas del Índice de Sensibilidad a la Ansiedad. *Psicothema*, *17*, 478-483.
- Santed, M.A., Sandín, B., Chorot, P., Olmedo, M., & García-Campayo, J. (2003). The role of negative and positive affectivity on perceived stress-subjective health relationships. *Acta Neuropsychiatrica*, *15*, 199-216.
- Soto-Pérez, F., Franco, M., Monardes, C., y Jiménez, F. (2010). Internet y psicología clínica: Revisión de las ciberterapias. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, *15*, 19-37.
- Skinner, B. F. (1957). *Verbal behavior*. Acton, MA: Copley Publishing Group.
- Sternheim, L., Startup, H., & Schmidt, U. (2011). An experimental exploration of behavioral and cognitive-emotional aspects of intolerance of uncertainty in eating disorder patients. *Journal of Anxiety Disorders*, *25*, 806-81.
- Taylor, G. J., Bagby, R. M., & Parker, J. D. A. (1997). *Disorders of affect regulation*. Cambridge (UK): Cambridge University Press.
- Taylor, S. (1999). *Anxiety sensitivity: Theory, research, and treatment of the fear of anxiety*. Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Taylor, S., & Clark, D. A., (2009). Transdiagnostic cognitive-behavioral treatments for mood and anxiety disorders: Introduction to the special issue. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, *23*, 3-5.
- Taylor, S., Zvolensky, M.J., Cox, B.J., Deacon, B., Heimberg, R.G., Ledley, D.R., et al. (2007). Robust dimensions of anxiety sensitivity: Development and initial validation of the Anxiety Sensitivity Index-3 (ASI-3). *Psychological Assessment*, *19*, 176-188.
- Titov, N. (2011). Internet-delivered psychotherapy for depression in adults. *Current Opinion in Psychiatry*, *24*, 18-23.
- Turner, S. M., Beidel, D.C., & Townsley, R.M. (1992). Social phobia: A comparison of specific and generalized subtypes and avoidant personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, *101*, 326-331.
- Tyrer, P. J. (1989). *Classification of neurosis*. Chichester: Wiley.
- Valiente, R.M., Sandín, B., Chorot, P., y Tabar, A. (2003). Diferencias según la edad en la prevalencia e intensidad de los miedos durante la infancia y la adolescencia: Datos basados en el fssc-r. *Psicothema*, *15*, 414-419.
- Wakefield J. C. (1992). The concept of mental disorder: On the boundary between biological facts and social values. *American Psychologist*, *47*, 373-388.
- Watson, D. (2009). Differentiating the mood and anxiety disorders: A quadripartite model. *Annual Review of Clinical Psychology*, *5*, 221-247.
- Watson, D., & Tellegen, A. (1985). Toward a consensual structure of mood. *Psychological Bulletin*, *98*, 219-235.
- Watson, D., O'Hara, M. W., & Stuart, S. (2008). Hierarchical structures of affect and psychopathology and their implications for the classification of emotional disorders. *Depression and Anxiety*, *25*, 282-288.
- Widiger, T. A., & Clark, L. A. (2000). Toward DSM-V and the classification of psychopathology. *Psychological Bulletin*, *126*, 946-963.
- Wolpe, J. (1969). *The practice of behavior therapy*. New York: Penguin.
- Wulfert, E., Greenway, D. E., & Dougher, M. J. (1996). A logical functional analysis of reinforcement-based disorders: Alcoholism and pedophilia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *64*, 1140-1151.