



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS PROFESIONALES

*UNA PERSPECTIVA DIMENSIONAL
PARA EL TRATAMIENTO DE LA
ANSIEDAD-DEPRESIÓN*

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:

TANIA LIMARA RAMÍREZ LIMA

DIRECTORA: DRA. LAURA HERNÁNDEZ-GUZMÁN

REVISORA: MTRA. FAYNE ESQUIVEL ANCONA



© Facultad
de Psicología

México, D.F., 2013



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



Este es el momento para entrenar vuestra mente
y vuestras manos para el trabajo que deseáis
hacer. La educación es la inversión más sabia y la
más productiva que jamás podréis hacer.

Gordon B. Hinckley



El éxito consiste en obtener lo que se desea. La
felicidad en disfrutar lo que se obtiene.

Waldo Emerson



Nada es imposible. Hay caminos que llevan a
cualquier lugar. Si tenemos el suficiente deseo,
siempre tendremos los medios suficientes. Es
meramente una excusa decir que las cosas son
imposibles"

F. de La Rochefoucauld



A mis padres

Quienes siempre han estado al pendiente de mí. Quienes se han sacrificado por mi educación y por darme siempre lo mejor. Porque en su momento me reprendieron y me hicieron saber que mi progreso es un aspecto fundamental en mi vida. Por el ejemplo que han infundido en mi vida y porque siempre me alientan a hacer lo bueno. Porque desde pequeña me han alentado a dar lo mejor de mí y me han ayudado en los momentos más difíciles de mi vida. Por su paciencia, su gran amor y su empeño por mantenernos unidos en esta hermosa familia.

A mis hermanas Itzumi y Tere

Ustedes con quienes río y bromeo todos los días. Porque siempre estamos juntas. Porque me apoyan y me escuchan. Por compartir los desvelos conmigo, por alentarme a apurarme con esta tesis, por confiar en mí, por preocuparse por mí y por compartir momentos agradables conmigo.

A César

Porque siempre estuviste al pendiente de mí en este proyecto. Por apoyarme con libros y artículos para la realización de esta tesis. Por desvelarte conmigo. Por ayudar a mi familia. Porque me animaste cuando me sentía triste o preocupada. Por enseñarme a ser diligente. A ti que me ayudas a ser aún más feliz, me motivas a ser mejor y por ser mi ayuda idónea.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a Mi Padre Celestial por que ha sido la base de mi progreso en esta tierra. Por las habilidades, capacidades y recursos que me ha dado para llevar a cabo esta tesis y por la fortaleza que me da para seguir adelante.

Gracias Dra. Laura por aceptar ser mi asesora de tesis a pesar de todas sus actividades laborales. Gracias por proporcionarme oportunidades de crecer y por todas las accesibilidades que me brindó.

Gracias a la Lic. Aurora Tejeda quien compartió su conocimiento conmigo sin esperar algo a cambio. Gracias por que con lo que me compartió pude mejorar la calidad de esta tesis.

Ofe, Blanquita, Lina gracias porque siempre me han animado y fueron un incentivo más para la finalización de esta tesis. Gracias por que junto con Iztel, Sofi L., Sofy B., Karla, Liz A., Liz C., Mayte, Dany y Claus compartieron momentos de felicidad conmigo y siempre nos mantuvimos unidas hasta el fin de nuestro paso por la facultad.

Gracias a todos mis profesores de la facultad que compartieron su conocimiento conmigo y me brindaron una buena educación profesional.

Gracias al Programa de Apoyo a Proyectos de Investigación e Innovación Tecnológica (PAPIIT) de la UNAM, IN304610 por permitirme participar en el proyecto “La concepción dimensional de la ansiedad/depresión adolescente”, y a la DGAPA-UNAM por la beca recibida.

Finalmente agradezco a la Universidad Nacional Autónoma de México porque me dio la oportunidad de pertenecer a su gran familia de profesionistas.

INDICE

Resumen

Introducción 1

CAPITULO 1. CONCEPTUACIÓN DE LA PSICOPATOLOGÍA A TRAVÉS DEL DSM: UNA PERSPECTIVA CATEGÓRICA

1.1 Breve historia de la clasificación y el diagnóstico de los trastornos mentales.....	4
1.2 Conceptos importantes de la clasificación.....	7
1.3 Importancia de un adecuado diagnóstico clínico	8
1.4 Características del enfoque categórico	9
1.5 Ventajas del Modelo categórico del DSM.....	11
1.6 Dilemas del Modelo categórico del DSM.....	13

CAPITULO 2. PERSPECTIVA DIMENSIONAL DE LA PSICOPATOLOGÍA

2.1 Necesidad de un modelo dimensional.....	21
2.2 Características de un modelo dimensional.....	23
2.3 Importancia del desarrollo en la perspectiva dimensional	29
2.4 Modelos de clasificación dimensional	34
2.5 Ventajas de la perspectiva dimensional	38
2.6 Desafíos de la perspectiva dimensional	44

CAPITULO 3. PERSPECTIVA DIMENSIONAL DE LA ANSIEDAD Y LA DEPRESIÓN

3.1 Antecedentes.....	46
3.2 Similitudes entre los trastornos de ansiedad y depresión.....	47
3.3 Estructura latente común de la ansiedad y la depresión	54
3.4 Diátesis etiológica de los trastornos de ansiedad y depresión.....	58

CAPITULO 4. TRATAMIENTO COGNITIVO CONDUCTUAL UNIFICADO PARA LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN

4.1 Protocolos de tratamiento específicos a un diagnóstico	64
4.2 Protocolos unificados transdiagnósticos	66
4.3 La propuesta.....	69
4.3.1 Componentes terapéuticos	70
4.3.2 Principios básicos que subyacen el tratamiento	71
4.3.3 Formulación del caso	71
4.3.4 Psicoeducación	74
4.3.5 Modificación de los antecedentes cognitivos de apreciación.....	77
4.3.6 Prevención de la evitación emocional y generación de conductas alternativas	83
4.3.7 Exposición a las emociones	88

CAPÍTULO 5. CONCLUSIONES..... 93

REFERENCIAS 98

ANEXOS 114

RESUMEN

En la actualidad, en la mayoría de los centros de atención psiquiátrica, los profesionales de la salud mental por lo común diagnostican a los pacientes a través del uso de sistemas nosológicos. Estos sistemas de clasificación emplean como base una concepción categórica de la psicopatología, cuya característica principal es la de considerar a los trastornos mentales como entidades discretas. Es decir, suponen que cada diagnóstico tiene un solo conjunto de factores causales que no se superponen en lo absoluto con otros trastornos. Los ejemplos más notables de este tipo de sistemas son el CIE-10 (OMS, 1992) y el DSM-IV (APA, 1994). Varias han sido las ventajas que se han obtenido con el uso de estos sistemas. Sin embargo, diversas limitaciones se han encontrado en la práctica clínica con su uso. Una de las mayores dificultades es el frecuente solapamiento de síntomas entre trastornos. De los casos más conocidos referentes a esta situación es la frecuente comorbilidad entre los trastornos de ansiedad y depresión. En consecuencia, algunos clínicos e investigadores han sugerido que una perspectiva dimensional de la psicopatología podría explicar, evaluar y diagnosticar de manera más integral la problemática psicológica del paciente. Por lo que la presente tesis tiene como objetivo presentar un análisis de las características generales de estas dos perspectivas: categórica y dimensional, a través de una revisión exhaustiva de la literatura de investigación. Se propone a la perspectiva dimensional como una forma más eficiente de conceptualizar la psicopatología. Así mismo se llevó a cabo una revisión de la literatura de investigación sobre la agrupación empírica de los elementos que subyacen a la ansiedad y la depresión y se halla que dichos padecimientos poseen más características en común que diferencias. Por lo que se ha propuesto su reagrupación en una categoría más amplia denominada "Trastornos emocionales" (Watson, 2005). En concordancia con esta información se propone una estrategia de tratamiento unificado con un conjunto de principios terapéuticos diseñados para ser efectivos a toda la gama de estos trastornos emocionales.

Palabras clave: Perspectiva categórica, perspectiva dimensional, ansiedad, depresión, Tratamiento Unificado.

INTRODUCCIÓN

Los padecimientos de ansiedad y depresión se han convertido en un problema de salud pública que por su trascendencia y alta prevalencia en la población han recibido una atención considerable por parte de los clínicos y profesionales de la salud mental.

Con la finalidad de atender el número creciente de estos problemas, los profesionales de la salud mental se valen de diversos recursos que les permitan brindar un mejor servicio clínico. Algunos de estos recursos son los manuales y protocolos psicoterapéuticos, así como los manuales de clasificación de los trastornos mentales como el CIE-10 y el DSM-IV que permiten realizar evaluaciones y diagnósticos psiquiátricos y psicológicos. Y muchos de los protocolos psicoterapéuticos se encuentran basados en las clasificaciones realizadas por los manuales diagnósticos antes mencionados.

Estos sistemas de clasificación han empleado como base una concepción categórica de la psicopatología, es decir, realizan diagnósticos que se fundamentan en una serie de criterios mutuamente exclusivos, mismos que consideran a la mayoría de los trastornos mentales como entidades discretas e independientes, separadas unas de las otras. Por lo tanto, si a un paciente se le diagnostica en determinada categoría, no puede compartir síntomas de otra.

Sin embargo, en los últimos años un amplio cuerpo de investigaciones ha brindado evidencia de que varias de las categorías presentadas por estos sistemas nosológicos no se presentan en realidad como entidades discretas. El ejemplo más notable de esta situación se encuentra en las categorías de los trastornos de ansiedad y los trastornos del estado de ánimo, principalmente la depresión.

Estudios respecto a la etiología, la respuesta terapéutica, el tratamiento farmacológico, y otras áreas sugieren que existe una estructura común subyacente entre los trastornos de ansiedad y depresión.

Esta información ha puesto en duda la validez de tales clasificaciones. En consecuencia se ha llevado a cabo la propuesta de otros enfoques y métodos de clasificación de la psicopatología. Una de estas propuestas es la denominada perspectiva dimensional. Sin embargo la interrogante acerca de si este nuevo enfoque propuesto proporcionará herramientas más eficaces para comprender y hacer frente a los problemas de salud mental ha tomado mayor relevancia durante los últimos años.

Pero no sólo se han sugerido otras formas de clasificar la psicopatología, sino que también algunos investigadores en el área del tratamiento psicoterapéutico han sugerido nuevas alternativas de tratamiento basadas en estos mismos hallazgos.

Es en este contexto que se sustenta el desarrollo de la presente tesis, cuyos objetivos principales son:

- Proporcionar una visión de las perspectivas categórica y dimensional a partir de las cuales se conceptúa la psicopatología, así como describir la importancia de la perspectiva dimensional en el diagnóstico y la evaluación clínica.
- Proporcionar una visión de los trastornos de ansiedad y depresión desde una perspectiva dimensional de la psicopatología.
- Proponer una estrategia de tratamiento cognitivo-conductual basada en la perspectiva dimensional para el tratamiento de los síntomas de la ansiedad-depresión.

Para lograr dichos objetivos se ha realizado una revisión exhaustiva de la literatura de investigación. De tal manera que este trabajo se conforma de la siguiente forma:

En primera instancia se presentan características generales de la perspectiva categórica de la psicopatología y un análisis de ésta. Se presentan ventajas y desventajas de la misma y algunos de los problemas que conllevan estos inconvenientes en el campo de la psiquiatría y la psicología clínica.

Posterior a ello se realiza una revisión de la perspectiva dimensional. Dicha perspectiva se propone como una forma más integral de conceptualizar la psicopatología, así como de evaluar, diagnosticar y tratar los trastornos de ansiedad y la depresión.

La revisión de la literatura de investigación que somete a prueba una explicación dimensional contra una categórica es otro de los puntos que propone la presente tesis.

Así mismo se revisará la literatura de investigación sobre la agrupación empírica de los elementos que subyacen a la ansiedad y la depresión.

Para finalizar, se formulará una propuesta cognitivo-conductual para el tratamiento unificado de la ansiedad y la depresión basada en los hallazgos obtenidos.

CAPÍTULO 1

CONCEPTUACIÓN DE LA PSICOPATOLOGÍA A TRAVÉS DEL DSM: UNA PERSPECTIVA CATEGÓRICA

1.1 Breve historia de la clasificación y el diagnóstico de los trastornos mentales.

A lo largo de la historia de la humanidad, se ha advertido una marcada preferencia del ser humano por usar conceptos que clasifican las experiencias y los fenómenos en categorías, lo que le ha permitido adaptarse a su ambiente, sistematizar y estructurar la información (Hernández- Guzmán, Del Palacio, & Freyre, 2010).

Debido a que la clasificación es parte integral de la ciencia y de muchas otras disciplinas básicas, se han creado diversos tipos de categorizaciones entre las cuales se encuentran las biológicas, geológicas, deportivas, matemáticas, médicas, etcétera. La psicopatología no ha escapado de esta tendencia (Hernández-Guzmán et al., 2010).

Los primeros planteamientos de la psiquiatría durante el siglo XIX indicaban la existencia de una sola locura a través de la denominada “psicosis única”. Si bien dicho término en ocasiones hacía referencia a la existencia de una sola enfermedad y otras a un planteamiento psicopatológico que no discutía la presencia de una o varias enfermedades (Vallejo, Gastó, Cardoner, & Catalán, 2002).

Sin embargo, a principios del siglo XX se observó gran confusión e inconsistencia en la realización de diagnósticos de las enfermedades mentales. La confusión reinaba de modo que casi cada profesor, investigador y clínico tenía su propia clasificación (Widiger & Clark, 2000). Tal inestabilidad se convirtió en un serio problema pues en ausencia de una nomenclatura aceptada de manera común y uniforme, la comunicación entre profesionales de la salud mental se tornaba ambigua (Neale, Davison, & Haaga, 1996). En repetidas ocasiones la investigación se veía limitada debido a la carencia de una nomenclatura estándar en la cual se pudieran

basar. Más aún, la ciencia de la psicopatología no contaba con el suficiente avance y conocimiento para desarrollar una nomenclatura terminante (Widiger & Clark, 2000).

Dichos problemas y el ímpetu por crear una nomenclatura oficial produjo que la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) en los Estados Unidos publicara el primer Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos mentales (DSM-I por sus siglas en inglés) en el año de 1952 como un esfuerzo por sistematizar el diagnóstico de los trastornos mentales. En el año 1968 se crea una segunda edición del manual (DSM-II) que fue muy similar al primero. Estos dos primeros manuales clasificaban los trastornos en una forma etiológica muy general. Sus definiciones y descripciones reflejaban términos teóricos clave y distinciones de la psiquiatría psicoanalítica (la distinción psicoanalítica entre psicosis y neurosis principalmente) (Tsou, 2011).

El DSM-I consistía en un glosario de descripciones de las diferentes categorías diagnósticas e incluía 106 trastornos. El uso del término «reacción» en el DSM-I reflejó la influencia de la visión psicobiológica de Adolf Meyer, por la que los trastornos mentales representan reacciones de la personalidad a factores psicológicos, sociales y biológicos (APA, 1994). La distinción clasificatoria fundamental fue la división entre trastornos mentales causados por disfunciones cerebrales y trastornos mentales de origen psicológico. El DSM-II incluyó 182 trastornos que se organizaban dentro de 10 categorías mayores, dos de ellas indicaban factores etiológicos específicos y las categorías restantes ofrecían sólo breves descripciones de los trastornos sin mencionar sus causas específicas (Tsou, 2011).

Ya para el año 1980, se instaura la tercera edición del manual (DSM-III) cuya publicación marcó una revolución en la clasificación psiquiátrica debido a su refutación del enfoque teórico (en su mayoría psicoanalítico) de sus predecesores. El número de categorías se expandió a 15 con 265 trastornos mentales en total. Este nuevo manual adoptó un enfoque ateórico y descriptivo, sin considerar la etiología como un principio de clasificación (excepto cuando ésta fuera bien conocida) (APA, 1980).

Dicho enfoque se basó en el modelo Neo-Kraepeliano el cual asume que la enfermedad mental consiste en un número finito de trastornos, cada uno con un patrón distinto de sintomatología y curso de enfermedad; con causas, tratamientos y neuropatologías distintas (Pickles & Angold, 2003). Por lo que este enfoque asume que existen límites claros entre la normalidad y la enfermedad.

En contraste, el paradigma psicodinámico (Cuthbert, 2005) que se manejaba en ediciones anteriores asumía que los mecanismos psicológicos jugaban un rol crucial en la emergencia de los trastornos mentales y que el límite entre la normalidad y anormalidad era un continuo que iba desde las neurosis de menor severidad, hasta las psicosis de mayor severidad (Tsou, 2011).

La nueva perspectiva Neo-Kraepeliana proveyó un manual diagnóstico que podía ser usado por clínicos e investigadores de diferentes orientaciones teóricas, lo que inspiró el estudio de los trastornos mentales en una forma estandarizada y suministró diagnósticos confiables con propósitos de tratamiento.

Junto con esta nueva perspectiva dentro del manual, el DSM-III introdujo dos innovaciones metodológicas importantes: 1) los criterios diagnósticos explícitos para cada uno de los trastornos, cuya inserción mejoró la fiabilidad del juicio clínico; y 2) un sistema multiaxial de clasificación (First, Frances, & Pinicus, 2005)

Aún cuando el DSM-III constituyó una innovación al sistema de clasificación de la psicopatología, reveló grandes inconsistencias en sus criterios diagnósticos ya que éstos no eran del todo claros. Por lo que la APA designó un grupo de trabajo para revisar dichas inconsistencias del manual. Fue así que en 1987 se realizó la publicación del DSM-III en su versión revisada (DSM-III-R) (APA, 1987).

Algunos años después se publicó, en 1994, la última versión del DSM, el DSM-IV. Muchos de los esfuerzos para lograr esta versión consistieron en realizar una revisión exhaustiva de la literatura para establecer una base empírica y sólida sobre la cual realizar las modificaciones (APA, 1994). Dicho manual organiza los trastornos

mentales en 16 clases diagnósticas o categorías, agrupando un total de 329 padecimientos.

En la actualidad se anticipa ya una nueva versión del manual (DSM-V) (Krueger, Watson, & Barlow, 2005) el cual conllevará cambios significativos en la forma de realizar los diagnósticos. Entre estos cambios se encuentra la adición de un modelo dimensional para la evaluación del paciente. Perspectiva que se analizará en capítulos posteriores de la presente tesis.

1.2 Conceptos importantes de la clasificación

Existen numerosas formas en las que se pueden observar, describir y organizar los fenómenos que se encuentran en el mundo y la sociedad. Los conceptos y categorías que los científicos construyen son herramientas que en muchos aspectos guían la observación e interpretación del mundo natural. Los diferentes conceptos y categorías son formulados en repetidas ocasiones como alternativas para entender el mismo objeto de investigación (Schwartz, 1991). Si los científicos no ordenaran y clasificaran los objetos o las experiencias, no podrían comunicarse unos con otros y el conocimiento no progresaría (Durand & Barlow, 2007). Es así que la clasificación se ha convertido en parte medular de muchas ciencias.

En virtud de que la clasificación se ha convertido en una parte sustancial de la ciencia y en particular de la psicopatología, es preciso definir algunos conceptos que ella conlleva.

De acuerdo con Theodore Millon (1991) el término *clasificación* se define como el procedimiento cuyo fin es la creación de grupos o categorías y la asignación de entidades a ellas, en base a las características o atributos que comparten entre sí. El producto de este procedimiento consiste en un conjunto de categorías denominado *sistema de clasificación*.

El proceso de asignación de entidades a su categoría correspondiente recibe el término de *identificación*. En los escenarios clínicos en donde las entidades

comprenden patrones de atributos clínicos o pacientes que poseen estos atributos, el proceso de identificación se denomina *diagnóstico*.

El término *taxonomía* es usualmente aplicado a los sistemas de clasificación científica; su objetivo es la tipificación y ordenamiento de entidades con un interés científico dentro de categorías. Si la definición anterior se aplica al campo clínico, entonces se hace referencia al concepto de *nosología* en donde un sistema taxonómico es superpuesto a fenómenos psicológicos, médicos o de otras áreas clínicas. Los nombres o etiquetas utilizadas para describir las categorías de la taxonomía, sea nosológica o de cualquier otro tipo, reciben el nombre de *nomenclatura*.

1.3 Importancia de un adecuado diagnóstico clínico

El diagnóstico clínico es, obviamente, un aspecto crucial en la asistencia clínica, la investigación y la salud pública. Pero también tiene influencia fuera de estos ámbitos, tales como los sistemas escolares y el ordenamiento jurídico y penal (Hyman, 2005). Por lo que es indispensable que los sistemas nosológicos enfocados al diagnóstico posean las características fundamentales que le provean una adecuada utilidad clínica. El establecimiento de un diagnóstico certero es la base para la elección del mejor tratamiento, para determinar el pronóstico y para que el paciente alcance una buena comprensión del tratamiento clínico del cual es objeto (Phillips, First, & Pinicus, 2005).

Dado que la psicopatología es resultado de la combinación tanto de la medicina como de la psicología, la construcción de un sistema que clasifique este fenómeno debe lidiar con los objetivos, conceptos y complicaciones inherentes a ambas disciplinas (Millon, 1991). La mayoría de los procedimientos que han surgido con el fin de realizar diagnósticos de las enfermedades mentales se han apoyado en sistemas nosológicos basados en un *enfoque categórico* de la psicopatología.

1.4 Características del enfoque categórico.

Un sistema de clasificación consiste en un conjunto de categorías. Cada categoría se establece en base a características o atributos semejantes que comparten las diversas entidades que la componen (Millon, 1991).

Para que un sistema cumpla con la premisa de ser categórico debe cumplir con ciertas condiciones. Esto es, sus categorías deben presentarse como mutuamente exclusivas, exhaustivas y discretas (Simpson, 1961; Widiger & Samuel, 2005).

Las categorías deben ser *mutuamente exclusivas* en el sentido en que una categoría no debe solaparse con otra. Por lo que se supondría que una entidad asignada a una determinada categoría compartiría características homogéneas con las entidades situadas en la misma agrupación pero no con las de otra categoría (Widiger & Samuel, 2005). Se inferiría entonces que las características descritas para una categoría diagnóstica determinada serían las mismas para todas las personas con un mismo diagnóstico. A la vez, las personas diagnosticadas con trastornos diferentes no compartirían síntomas (Hernández-Guzmán et al., 2010).

Son *exhaustivas* pues deberían poder clasificar todos los casos existentes (Simpson, 1961).

Finalmente, son *discretas* pues el número de posibles valores que puede obtener una entidad en el proceso de identificación es limitado. Esto es, o pertenece o no pertenece a cierta categoría, por lo que valores intermedios entre estos dos límites no son admitidos. Aplicado al campo clínico de la psicopatología significa que sólo existen dos posibilidades de diagnóstico, o presenta el trastorno o no lo presenta (Kraemer, 2007), no implica cantidad o grado en el que el atributo o característica se presenta, sólo la condición de si está o no presente (Hair & Anderson, 1999).

De esta manera, los sistemas nosológicos que emplean el enfoque categórico como base, suponen que cada diagnóstico tiene un solo conjunto de factores causales por trastorno que no se superponen en lo absoluto con otros trastornos. En virtud de que cada trastorno es fundamentalmente distinto de cualquier otro, se

requiere sólo de un conjunto de criterios definitorios que el individuo tiene que satisfacer para incidir en alguna categoría (Durand & Barlow, 2007).

Además de las características antes mencionadas, un sistema de clasificación debe cumplir con ciertos objetivos acordes a la ciencia a la que pertenezca. De acuerdo con Díez (2000) los objetivos básicos de la clasificación en medicina, psiquiatría, y por tanto en la psicopatología son:

1. Predecir ante un paciente el tratamiento adecuado y el pronóstico para su patología.
2. Homogeneizar criterios para la investigación.
3. Homogeneizar criterios para la comunicación entre especialistas.
4. Diseñar protocolos de profilaxis de las enfermedades.
5. Comprender mejor las causas de las enfermedades.

Pero para que las clasificaciones sean útiles con respecto a esos objetivos deben ser *fiabes*, es decir, la clasificación debe ser repetible de manera independiente al investigador o clínico que la realice; y *válidas*, lo que quiere decir que la clasificación ha de corresponder con la realidad y no ser un artefacto teórico (Díez, 2000).

Los sistemas categóricos más utilizados por psiquiatras, psicólogos, investigadores y otros profesionales de la salud mental son la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE) y el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos mentales (DSM). Por lo que el clínico se remite a estos sistemas de clasificación para identificar un trastorno psicológico específico en el proceso de elaboración de un diagnóstico.

Los siguientes puntos del presente capítulo se centrarán en el análisis del enfoque categórico que subyace al DSM y algunas de sus principales ventajas e inconvenientes que éste sistema de clasificación ha conllevado.

1.5 Ventajas del modelo categórico del DSM.

Los sistemas de clasificación proveen amplios beneficios en cualquier campo al cual haya sido aplicado. El DSM como sistema de clasificación ha sido un éxito histórico para el campo no sólo de la psiquiatría, sino también para el de la psicología clínica. Dicho manual ha puesto orden donde antes reinaba el caos y ha fomentado avances revolucionarios tanto en la investigación como en la asistencia clínica (Phillips et al., 2005).

En Estados Unidos se realizó un gran paso adelante en el diagnóstico psiquiátrico con la publicación del DSM-III (APA, 1980). Construido a partir de los trabajos de Robins y Guze (1970) y de otros colaboradores, el DSM-III reafirmó contundentemente la importancia del diagnóstico para el tratamiento, el pronóstico y la investigación (Hyman, 2005).

De esta manera, el DSM se ha convertido en una guía importante tanto para clínicos e investigadores. En el área clínica ha ayudado en la identificación temprana, prevención, evaluación y mejora de los pacientes con algún trastorno. En la investigación clínica el diagnóstico con el DSM ha tomado fundamental importancia en el entendimiento de la etiología, el curso y la identificación de tratamientos para los padecimientos que clasifica (Kraemer, 2007).

A partir de la versión DSM-III se utilizan criterios diagnósticos específicos como guía para hacer el diagnóstico. Dichos criterios están basados, en su mayor parte, en manifestaciones fenomenológicas-descriptivas (signos, síntomas y rasgos observables o inferidos) más que en causas psicodinámicas, sociales o biológicas. De esta manera el manual se define como ateórico basado en lo “objetivo”, de forma que se puede llegar al consenso entre profesionales de distinta formación teórica sin apelar a causas (Requena & Jarne, 2005). De manera tal que la confiabilidad diagnóstica aumenta entre los evaluadores (APA, 1987)

Además dichos criterios son *politéticos*, es decir, para que un individuo sea asignado a una determinada categoría sólo necesita presentar unos pocos elementos que describen el trastorno de la amplia lista general (p.ej., en el

diagnóstico de Trastorno de Ansiedad Generalizada únicamente se requieren cumplir con tres de los seis síntomas asociados a la preocupación excesiva) para determinar la ausencia o presencia de cierto trastorno. (First, Frances, & Pinicus, 2005). De esta manera se logra que la realización de un diagnóstico sea sistematizada (Neale, Davison, & Haaga, 1996)

La agrupación de los trastornos según sus características clínicas compartidas, como sucede en gran parte en el DSM, ha resultado de gran ayuda para muchos profesionales en el campo de la salud mental. Psiquiatras y psicólogos clínicos conceptúan las condiciones presentadas en el DSM como trastornos cualitativamente distintos del funcionamiento normal. Esto les ayuda a realizar diagnósticos rápidos con una gran cantidad de pacientes ya que, siendo un sistema categórico en el que se basan, centran su atención hacia los atributos clínicos más destacados del individuo (Millon, 1991) comparándolos con las referencias estándares ya establecidas en el manual.

En este sentido, el modelo categórico incluido en el DSM ha resultado de fácil uso para los clínicos especializados en la salud mental y su nomenclatura ha fomentado un lenguaje sencillo de comunicar, no sólo entre profesionales e investigadores, sino entre pacientes y el público en general (Widiger & Clark, 2000; Livesley, 2005).

Aunado a ello el DSM contiene una sección adicional dirigida a realizar un diagnóstico diferencial, esto es, indica cómo distinguir un trastorno de otro cuando estos presentan características similares. Dicho proceso ayuda al clínico a discriminar qué trastorno mental en específico está presentando el paciente (APA, 2000).

Otra de las características por las cuales se ha asumido al sistema categórico de fácil uso es que, al asumir que los trastornos mentales son entidades separadas las unas de las otras, realiza puntos de corte mediante los cuales se determina si un paciente precisa una intervención clínica (Livesley, 2005) y qué tratamiento requerirá. Cuando el paciente puede ser ubicado de manera segura en una categoría, decidir

de forma rápida y apropiada sobre el tratamiento general del paciente resulta mucho más fácil (Rounsaville et. al, 2004).

1.6 Dilemas del Modelo Categórico del DSM.

Aun cuando la perspectiva categórica del DSM ha brindado numerables ventajas, ha mostrado también poseer múltiples limitaciones (Brown & Barlow, 2005; Cuthbert, 2005; Kupfer, First, & Regier, 2004). Los resultados de varios años de utilización clínica e investigación empírica desafían al mismo sistema que ha hecho posible todo este trabajo (Livesley, 2005).

Igual que cualquier otro proceso categorial o método de clasificación, el diagnóstico clínico depende de la supresión de la variabilidad individual a la vez que se remarcan las características comunes. Esta cualidad clave, la fuente de su utilidad generalizada, es también la base de muchas de sus limitaciones (Caine, 2005).

La supresión de esta variabilidad individual tiende a pasar por alto ciertas peculiaridades y características propias del sujeto; en consecuencia, se produce una gran pérdida de información desde el punto de vista clínico respecto al paciente y la complejidad del cuadro clínico tiende a ser minimizada. Debido a ello muchos de los clínicos consideran las descripciones categóricas como frustrantes, inexactas y en ocasiones engañosas (Kass, Skodol, Charles, Spitzer, & Williams, 1985; Maser, Kaelber, & Weise, 1991).

El apego excesivo a los criterios diagnósticos, las reglas de exclusión y el diagnóstico diferencial constituyen algunas de las principales fuentes que conllevan a la pérdida de información, pues al tratar de establecer diagnósticos únicos y análogos a los del modelo categórico tienden a pasar por alto las particularidades del paciente (Brown & Barlow, 2005). Esta prisa por identificar un síndrome en concreto puede poner en peligro la capacidad de evaluar a cada paciente de forma holística (Pinicus, Mcqueen, & Elinson, 2005).

Brown y Barlow (2005) refieren que otra de las causas que descuida información al momento de realizarse un diagnóstico, es la falta de cobertura del DSM para

representar de forma satisfactoria todos los síntomas y condiciones que se observan en la práctica clínica y la investigación.

Lo que se ha observado de manera reiterada es que, al evaluar a un paciente muchas de sus manifestaciones sintomáticas no cumplen con la totalidad de los criterios requeridos en cuanto a síntomas o duración para un trastorno específico. Sin embargo cumplen con el criterio de significación clínica esto es, “provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo” (APA, 1994, pág. 7). Por tanto son subsumidos bajo la categoría No Especificada (NE) y se les denomina *trastornos mentales subliminales* (Pinicus et al., 2005).

El uso de la categoría NE es cada vez más frecuente, incluso algunos autores lo consideran uno de los diagnósticos más populares dentro de los escenarios clínicos (Widiger & Samuel, 2005). El mismo DSM-IV refiere que, dada la diversidad de presentaciones sintomáticas en los pacientes, es imposible que la nomenclatura diagnóstica actual abarque cada una de las situaciones encontradas (APA, 2000). Esta circunstancia hace evidente el reducido carácter del enfoque categórico del DSM para abarcar el fenómeno de la psicopatología y sugiere una limitada utilidad clínica (Clark, Watson, & Reynolds, 1995).

De acuerdo con First et al. (2004) el término *utilidad clínica* se refiere al grado en el que el DSM ayuda a los clínicos a cumplir las funciones clínicas de dicho sistema de clasificación. Tales funciones incluyen ayudar a los clínicos y otros usuarios de manual a: 1) conceptualizar entidades diagnósticas; 2) comunicar información clínica a profesionales, pacientes y sus familias, así como administradores del sistema de salud; 3) usar categorías clínicas y conjuntos de criterios en la práctica clínica; 4) elegir intervenciones efectivas con el fin de mejorar los resultados clínicos; y 5) predecir necesidades clínicas futuras.

En referencia al problema de la utilidad clínica, Livesley (2005) menciona que los problemas reales de los pacientes no se acercan demasiado a los conceptos diagnósticos, y los diagnósticos específicos poseen un valor limitado para la

planificación del tratamiento o la predicción de resultados. Por lo que tal vez el problema más molesto para los clínicos sea la pobre correspondencia entre las categorías del DSM y los cuadros clínicos típicos.

Otra de las limitaciones asociadas al modelo categórico del DSM, se refiere al uso de umbrales altos en los criterios diagnósticos. Algunos de ellos se refieren al número de síntomas requeridos para cumplir con algún síndrome, la frecuencia requerida de los síntomas y los umbrales temporales respecto a la duración, persistencia y agrupación; mismos que van dirigidos a la reducción del número de diagnósticos falsos positivos (Wakefield & First, 2005).

No obstante, tales estrategias con frecuencia han dado como resultado un número elevado de falsos negativos, es decir, no se diagnostican trastornos psiquiátricos que, en realidad, están presentes. Por tanto, las características que caen por debajo de dichos umbrales y que poseen relevancia desde el punto de vista clínico pierden significado (Hernández-Guzmán et al., 2010). Debido a ello personas que acuden a centros de salud en busca de ayuda al poseer síntomas que no cumplen con el requerimiento de umbrales, no son reconocidos como candidatos para recibir tratamiento. Incluso el establecimiento de umbrales altos en diversas ocasiones deniega servicios preventivos o asistencia clínica a individuos con síntomas precoces y riesgo sustancial en donde se incluyen muchos niños (Hyman, 2005).

Además, se ha advertido que el DSM no provee información suficiente respecto a la severidad del trastorno y el grado de ajuste de la persona a su entorno. Dicho aspecto resultaría de mayor relevancia en la predicción del tratamiento y pronóstico de la enfermedad más que indicar solo la presencia o ausencia de un trastorno (Brown & Barlow, 2005).

Estas circunstancias hacen evidente la heterogeneidad de características y presentaciones sindrómicas entre los pacientes con el mismo diagnóstico, lo que pone en duda la exhaustividad del modelo categórico del DSM. Pero no solamente

se pone en duda la exhaustividad del enfoque categórico, sino también la exclusividad del mismo.

Lo que se ha observado de manera reiterada es que la mayoría de los pacientes presenta características de múltiples trastornos (Widiger & Samuel, 2005). El solapamiento de síntomas de diferentes diagnósticos en una misma persona es muy común, por lo que los diagnósticos múltiples se han convertido en la norma, más que la excepción (Gruenberg, & Goldstein, 2005).

Esta superposición de síntomas se ha intentado resolver mediante el concepto llamado *comorbilidad* (Hernández-Guzmán et al., 2010). Dicho concepto fue introducido por primera vez en el área de la medicina por Feinstein (1970) quien lo definió como “toda entidad añadida a la ya existente o que puede darse en la evolución clínica de un paciente que ya presenta una enfermedad inicial objeto de estudio” (pág. 467). De esta manera, la comorbilidad implica que enfermedades distintas se presentan de forma simultánea en un mismo paciente (Krueger, 2003).

Recientemente, en psiquiatría, este término ha adquirido un uso muy frecuente no sólo para aquellos pacientes que reciben un diagnóstico tanto psiquiátrico como somático (e.g. Trastorno de ansiedad generalizada e hipertiroidismo), sino también en aquellos pacientes que reciben dos o más diagnósticos psiquiátricos (e.g. Depresión mayor y Trastorno de ansiedad generalizada) (Krueger, 2003).

Esta co-ocurrencia de diagnósticos ha sido bien documentada en varios estudios de trastornos mentales. Por ejemplo, en el National Comorbidity Survey (Kessler et al., 1994) el 79% de los trastornos mentales a lo largo de la vida se daba en personas que cumplían criterios de, al menos, otro trastorno mental. En un estudio basado en datos del Servicio Nacional de Salud Mental y Bienestar australiano, el 21% de las personas que cumplía criterios DSM-IV para cualquier trastorno mental cumplía criterios para tres o más trastornos concomitantes (Andrews et al., 2002); y en un estudio de morbilidad psiquiátrica realizado en México (Caraveo-Anduagna, Colmenares, & Saldivar, 1999) se encontró comorbilidad en el 33.1% de la población que presentaba alguna afección.

Sin embargo como bien menciona Krueger (2003), ¿es la comorbilidad el mejor concepto para entender los datos empíricos sobre patrones de co-ocurrencia entre trastornos mentales?. Diversas críticas e inconvenientes han resultado de su uso. Uno de estos problemas se refiere a la prescripción de tratamientos, pues se ha observado con frecuencia que el fenómeno de la comorbilidad implica un conflicto al momento de prescribir un tratamiento o investigar si éste es eficaz (Hernández-Guzmán et al., 2010). La forma común de pensar es que a cada diagnóstico le corresponde un tratamiento sin embargo, este planteamiento se va desvaneciendo a medida que se conoce más sobre la realidad de la comorbilidad (Krueger, 2003).

Pero la comorbilidad también provoca diversos problemas a la hora de aplicar diseños de investigación en la psicopatología experimental (Krueger, 2003). Dada la alta comorbilidad entre trastornos, intentar reclutar casos puros para los estudios, suele ser frustrante y complicado, pues los casos puros son menos frecuentes que los comórbidos (Wittchen et al., 1999). El investigador puede optar por elegir casos impuros, comórbidos, sin embargo, los problemas que de aquí surgen se refieren a si dicho trastorno está determinando los resultados del estudio o estos resultados se ven influenciados por los trastornos comórbidos al trastorno blanco, o incluso si se deben a la combinación de ambos (Krueger, 2003).

De esta manera, el problema de la comorbilidad no sólo afecta al campo clínico, sino también al de la investigación.

Esta información muestra que el fenómeno de la comorbilidad es un asunto de suma importancia pues 1) refleja dificultades notables al momento de realizar un diagnóstico debido al gran solapamiento de síntomas; 2) conlleva conflictos a la hora de prescribir un tratamiento -tanto psicosocial como farmacológico- o investigar si éste es eficaz; 3) el curso clínico y la respuesta al tratamiento de pacientes con diagnósticos comórbidos no pueden ser predichos por intervenciones basadas en muestras de grupos de pacientes clasificados como grupos puros (Regier et al., 2009); y 4) limitaciones en el área de la investigación psicopatológica.

No obstante, uno de los más grandes retos que la amplia co-ocurrencia de diagnósticos implica se refiere a la validez de las actuales categorías diagnósticas (Maj, 2007; Livesley, 2005; Kendell, 2003; Mineka, Watson, & Clark, 1998).

En referencia a la validez, Argibay (2006) menciona que ésta tiene que ver con “poder determinar si se está midiendo realmente el atributo que se dice medir” (pág. 26) y que “la validación persigue la explicación” del fenómeno estudiado. En concordancia con este argumento y aplicado a la validez de las categorías diagnósticas Kendell (2003) refiere que la *validez diagnóstica* óptima depende del establecimiento de límites entre síndromes adyacentes, y entre estos síndromes y la normalidad, donde existen verdaderas discontinuidades ya sea en su sintomatología o en su etiología.

Los primeros esfuerzos por establecer la validez de los trastornos psiquiátricos estuvieron basados en una de las investigaciones de Robins y Guze que en 1970, propusieron cinco fases para establecer la validez diagnóstica en una enfermedad psiquiátrica:

1. Descripciones clínicas (perfiles sintomáticos, características demográficas y precipitantes típicos del trastorno).
2. Estudios de laboratorio (test psicológicos, hallazgos post mortem y radiologías).
3. Delimitación de un trastorno con otro (mediante el uso de criterios de exclusión).
4. Estudios de seguimiento (evidencia de estabilidad diagnóstica)
5. Estudios familiares (para confirmar la homogeneidad de los trastornos)

El peso del proceso de validación recaía en los últimos dos pasos, cuyo objetivo consistía en demostrar la homogeneidad diagnóstica a lo largo del tiempo y la agregación familiar del supuesto síndrome.

Posteriormente Kendler (citado en Rounsaville, 2004) amplió esta lista realizando una distinción entre validadores antecedentes (e. g. estudios de familias, factores demográficos y factores precipitantes), validadores concomitantes (e. g. datos

procedentes de test biológicos o psicométricos) y validadores predictivos (e. g. consistencia diagnóstica, actividad general a lo largo del tiempo y respuesta al tratamiento).

Los sistemas actuales de clasificación (CIE-10 y DSM-IV) han seguido estos criterios en el establecimiento de su validez diagnóstica (Cloninger, 2002). Críticas diversas han surgido en torno a ellos. Kendell y Jablensky (2003) afirman que una de las debilidades de estos criterios de validez implica que se supone de manera implícita a los trastornos psiquiátricos como entidades discretas y que la posibilidad de que un trastorno pudiera emerger en otro no fue tomada en consideración.

De acuerdo con Kendell y Jablensky (2003), una categoría diagnóstica se describe como válida si una de las siguientes condiciones se cumple:

- a) Si la característica definitoria de la categoría es un síndrome, este síndrome debe demostrarse como entidad separada de síndromes adyacentes y la normalidad. Esto mediante una discontinuidad o punto de rareza entre la sintomatología de los mismos, es decir, límites naturales bien definidos entre dichos síndromes y la normalidad.
- b) Si una categoría diagnóstica se define mediante una serie de anormalidades fisiológicas, anatómicas, histológicas, cromosómicas o moleculares, deben existir diferencias claras y cualitativas entre estas características definitorias y aquellas condiciones aparentemente similares.

De ahí que, si lo que se ha observado es que la variación en los síntomas psiquiátricos es continua y no se agrupa dentro de conjuntos bien definidos, es difícil considerar a esas categorías diagnósticas como válidas (Kendell & Jablensky, 2003)

En consecuencia a las dificultades suscitadas en relación al problema de la extensa comorbilidad y la limitada validez diagnóstica surge uno de los más grandes dilemas dentro del enfoque categórico: ¿son las categorías diagnósticas realmente condiciones clínicamente discretas?.

Diversos esfuerzos se han realizado tratando de demostrar límites naturales entre los distintos síndromes psiquiátricos y entre ellos y la normalidad. No obstante, los resultados han sido desalentadores (Kendell, 2003; Kendell & Jablensky, 2003). Es por ello que en los últimos años se ha cuestionado cada vez más la asunción de enfermedad como entidad a medida que se han acumulado pruebas de que trastornos mentales prototípicos parecen fundirse imperceptiblemente unos con otros y con la normalidad (Kendler & Gardner, 1998).

Inclusive no se han identificado pruebas de laboratorio que determinen de manera específica muchos de los síndromes identificados en el DSM. De hecho Cloninger (1999) afirma que “no existe evidencia empírica” de “límites naturales entre los síndromes principales” y que “la aproximación categorial presenta grietas fundamentales” (pág. 174 y 175).

Debido a ello es que se cuestiona si una categoría diagnóstica puede considerarse válida si la mayoría de los trastornos se diagnostican con mayor frecuencia en asociación con otros que solos (Maj, 2007). De hecho Kupfer, First y Regier (2004) señalan que la alta comorbilidad debilita la hipótesis de etiologías diferentes a favor de etiologías comunes, sin embargo esto aún no ha sido del todo validado.

Como consecuencia de ello y apoyados en los datos, varios clínicos e investigadores (Watson, 2005; Widiger & Samuel, 2005; Krueger, Markon, Patrick & Iacono, 2005) han propuesto que un enfoque dimensional puede explicar mejor el fenómeno de la psicopatología.

CAPÍTULO 2

PERSPECTIVA DIMENSIONAL DE LA PSICOPATOLOGÍA

2.1 Necesidad de un modelo dimensional.

El DSM-III fue un modelo innovador en muchos aspectos para la clasificación de los trastornos mentales. Sin embargo continuó siendo un modelo categórico a pesar de los beneficios en la validez y la utilidad clínica que ya se vislumbraban con la introducción de un modelo dimensional de concepción de la psicopatología (Simonsen & Widiger, 2006).

Los autores del DSM-III-R intentaron abordar algunos de los problemas que derivaban del uso de un modelo categórico mediante el uso de criterios diagnósticos politéticos. A pesar de ello, diversos autores continuaron realizando propuestas respecto a un cambio en la forma de clasificar los trastornos mentales que disminuyera los problemas derivados del enfoque categórico. Un interés especial surgió en la modificación del apartado de los trastornos de la personalidad. De manera que para la versión DSM-IV se consideró incluir un modelo dimensional para los trastornos de la personalidad, más esto no fue posible (Widiger & Sanderson, 1995).

No obstante, la propuesta de un modelo dimensional para la clasificación de los trastornos mentales persiste. En los últimos años dicha propuesta se ha extendido más allá de abarcar de forma exclusiva los trastornos de la personalidad. Tal planteamiento se ha generalizado hacia otras de las categorías abarcadas por el DSM, pues es evidente que la concepción categórica de los sistemas de clasificación actuales no ha podido reflejar la realidad clínica (Brown & Barlow, 2005; Kraemer, 2007; Kupfer, 2005; Livesley, 2005; Widiger & Samuel, 2005).

Además la asunción de enfermedad como entidad discreta se ha cuestionado cada vez más a medida que se acumulan pruebas de que diversos trastornos parecen fundirse unos con otros y con la normalidad (Kendler & Gardner, 1998).

Las evidencias empíricas respecto a la excesiva comorbilidad entre diagnósticos y la carencia de pruebas que demarquen límites bien definidos entre síndromes sugieren la presencia de patologías comunes y compartidas entre dos o más entidades diagnósticas (Widiger & Samuel, 2005). Incluso Harvey et al. (2004) han encontrado evidencia de que existe una marcada similitud en los procesos cognitivos y conductuales que subyacen a diversos trastornos mentales. Además, Kendell y Jablensky (2003) refieren que existe una alta probabilidad de que factores ambientales iguales en diferentes individuos contribuyan a la génesis de distintos trastornos.

Estas pruebas que demuestran carencia de límites entre trastornos y síntomas que convergen de un trastorno a otro, han llevado a pensar que más que entidades separadas, la anormalidad y la normalidad, al igual que el funcionamiento adaptado o desadaptado de los individuos, son extremos que se ubican a lo largo de un continuo (Hernández-Guzmán et al., 2010).

De esta manera, la carencia de validez para la mayoría de las entidades diagnósticas y los altos porcentajes de comorbilidad entre diagnósticos, así como las pruebas a favor de patologías compartidas entre trastornos sugieren adoptar una comprensión dimensional de la psicopatología.

Además un número creciente de clínicos e investigadores han advertido que para que exista una evaluación psicopatológica exhaustiva y detallada acerca del individuo, debe tenerse en cuenta una perspectiva dimensional y de desarrollo. Este enfoque permitirá al clínico contar con una mayor cantidad de información clínica y relevante acerca del paciente. A su vez esta información ayudará al clínico a tomar una mejor decisión en cuanto al tratamiento (Gruenberg & Goldstein, 2005).

Es por ello que otra revisión exclusivamente categórica de las taxonomías psiquiátricas ya no será suficiente para las necesidades futuras de investigación clínica, sino que será necesario adicionar un componente dimensional a dichas taxonomías si éstas pretenden aumentar su validez y eficacia en el ámbito clínico y de investigación psicopatológica (Helzer, Kraemer, & Krueger, 2006).

2.2 Características de un modelo dimensional.

Acabamos de vislumbrar la necesidad que el campo de la salud mental tiene respecto a una nueva perspectiva de entender, evaluar, diagnosticar y dar tratamiento a los trastornos mentales. Sin embargo, ¿es realmente más provechoso el sistema dimensional que el sistema categórico? y de serlo así, ¿en qué medida es superior?

Analizaremos y responderemos a estas preguntas al leer las características que dicho modelo posee y a lo largo de este capítulo. Y comenzaré ejemplificando con un caso clínico:

Linda es una mujer casada de 53 años de edad, tiene dos hijos y es abuela de tres nietos. Ha trabajado por varios años como maestra de una escuela, sin embargo hace dos años abandonó su trabajo debido a que tuvo que cuidar a su padre enfermo quien falleció seis meses antes de que ella asistiera a terapia. Cuando Linda llega a terapia manifiesta sentirse ansiosa “todo el tiempo”, sentirse cansada y abrumada la mayor parte del tiempo y que ya no disfruta de las cosas que antes le gustaba hacer. Además menciona sentirse tensa e inquieta casi todo el tiempo, sentirse más irritable de lo común y tener dificultades para conciliar el sueño, por lo que frecuentemente permanece despierta durante la noche y con muchos pensamientos en su cabeza.

Linda comenta sentirse abrumada con muchas preocupaciones e inquietudes. Se preocupa acerca de la felicidad de sus hijos, acerca de su salud, si tienen el dinero suficiente para sobrevivir e incluso le preocupa si ella está haciendo lo suficiente por ellos. Además también le preocupa el que su esposo se quede sin trabajo y que algo terrible pueda pasar en cualquier momento. En diversas ocasiones su corazón comienza a palpar más rápido de lo normal, sus manos se ponen sudorosas y se le dificulta respirar, en especial esto le sucede cuando se preocupa de muchas cosas a la vez, cuando piensa que algo terrible pueda suceder o cuando siente que sus pensamientos se salen de control.

Linda expresa querer regresar a trabajar, pero le ha resultado difícil encontrar un nuevo trabajo pues en cuanto empieza a buscar ofertas laborales vienen a su mente preocupaciones acerca de no encontrar el trabajo correcto, el que ya sea bastante grande de edad para que la contraten, el que no sea buena en el trabajo o que no le agrade a sus nuevos compañeros de trabajo. Y cuando estos pensamientos vienen a ella, busca otras cosas que hacer para evitar la búsqueda de trabajo. Por lo que más tarde se siente mal consigo misma por no haber buscado trabajo y termina sintiéndose triste y deprimida. Aunado a ello menciona sentirse “indefensa” y “sin valor” y que con frecuencia se siente desmotivada y sin ganas de hacer nada en lo absoluto (Barlow, et al., 2011b).

¿Qué trastorno padece Linda? De acuerdo con el DSM-IV-TR (2000), Linda presenta síntomas de dos posibles categorías diagnósticas: trastornos de ansiedad y trastornos del estado de ánimo. Aún cuando los clínicos realizaran un diagnóstico diferencial quedan varias interrogantes: ¿qué se debe hacer con los síntomas de aquel trastorno que no sea diagnosticado?, ¿qué tan grave es su trastorno y cómo afecta su calidad de vida?, ¿sufre Linda dos trastornos diferentes pertenecientes a categorías distintas? o ¿sus síntomas subyacen a un sólo trastorno?, ¿qué implicaciones terapéuticas tienen estas diferentes posibilidades?, ¿cuál trastorno se debe tratar primero?

Las teorías dimensionales proponen la existencia de constructos teóricos únicos y cuantificables conceptualizados a través de diferentes *factores* que se relacionan entre sí (Edwards, 2001). Estos factores se caracterizan por ser dimensiones continuas sobre las que pueden disponerse de forma *cuantitativa* las diferencias individuales (Schmidt et al., s.f).

El concepto de dimensionalidad implica de manera fundamental dos aspectos básicos:

- a) existe un número limitado de *dimensiones* básicas que subyacen al concepto único.

b) tales dimensiones se distribuyen de manera normal, formando un continuo en el que cualquier persona puede ser ubicada (Schmidt et al., s.f).

El que cualquier individuo pueda ser situado en este continuo puede llevarse a efecto debido a que cada dimensión contiene *escalas* mediante las cuales cuantificar un atributo. Cada escala se compone de tres o más valores ordenados (Kraemer, 2007) y los atributos medidos pueden ser cogniciones, estados de ánimo y conductas que el paciente presenta, así como el número de síntomas y la gravedad de los mismos (Durand & Barlow, 2007).

Esta gradación de atributos permite al clínico e investigador demostrar no sólo la presencia o ausencia de una patología, sino también el grado en el que se manifiesta el padecimiento en cada individuo (Hudziak et al., 2007).

Por lo tanto, el modelo dimensional *identifica y mide* las diferencias individuales respecto a diversos fenómenos psicológicos, tales como la personalidad, las emociones, las cogniciones, la autoestima o la calidad de vida. Mide y *evalúa* a los pacientes en cuanto a todas las dimensiones relevantes, por lo que se pierde poca información y es posible describir a las personas en términos cuantitativos (Hernández-Guzmán et al., 2010). Por lo que tal vez la característica más distintiva de este modelo sea su énfasis en las gradaciones cuantitativas entre las personas más que la distinción cualitativa y discreta entre ellas (Millon, 1991).

Dos aspectos relevantes del modelo dimensional hasta aquí cabe resaltar. Primero, el esquema dimensional se basa en factores o dimensiones generales de la conducta que todos los individuos poseen en distintos grados. Esta característica le da la peculiaridad de enfocarse en la variada gama de diferencias que existe entre las personas más que en la realización de distinciones cualitativas, discretas o de asignación de personas a diversas clases (Millón, 1991). Y segundo, además de percibir rasgos de la conducta como dimensiones, también concibe a los trastornos mentales como puntos extremos de un *continuo* más que considerarlos entidades discretas y dicotómicas (Krueger, 1999). Desde este punto de vista, lo patológico difiere de lo normal por su intensidad y persistencia (De la Fuente, 1996).

Algunos autores han denominado también a esta perspectiva dimensional como modelo de espectro y la han relacionado así mismo con el concepto de perspectiva transdiagnóstica.

De acuerdo con Maser y Patterson (2002) el concepto de *espectro* tiene la poderosa ventaja de poseer una perspectiva dimensional o de un continuum, desde la cual uno puede tener una imagen más completa de un fenómeno, ya que abarca la amplia gama de manifestaciones de un trastorno e inclusive comprende el rango del comportamiento normal. Incluso el concepto espectro también es utilizado para indicar la existencia de numerosos trastornos situados en una misma dimensión (Vallejo et al., 2002).

El concepto de espectro es un ejemplo de cómo los trastornos pueden reorganizarse en función de una patogenia presuntamente compartida. Se parte del supuesto que los trastornos poseen elementos similares en una variedad de dominios: síntomas, edad de inicio, curso evolutivo, comorbilidad (con trastornos dentro y fuera del espectro), respuesta terapéutica, así como en su etiología (Phillips, Price, Greenberg, & Rasmussen, 2005).

El fenómeno de espectro puede representarse de manera común como una dimensión de los síntomas del trastorno. Sin embargo puede existir otro tipo de dimensiones que dicho espectro puede cubrir, tales como la severidad y el funcionamiento psicosocial.

Ahora bien, la *perspectiva transdiagnóstica* enfatiza los procesos y componentes comunes que subyacen a los trastornos que se presentan comórbidos de manera frecuente (McEvoy, Nathan, & Northon, 2009). Dichos procesos ocurren dentro de un continuo y hacen referencia a aspectos específicos de la cognición (memoria, atención, pensamiento, razonamiento) o de la conducta (por ejemplo, la evitación), así como a factores de riesgo comunes (Harvey et al., 2004).

¿sobre qué base se establecen los modelos dimensionales?

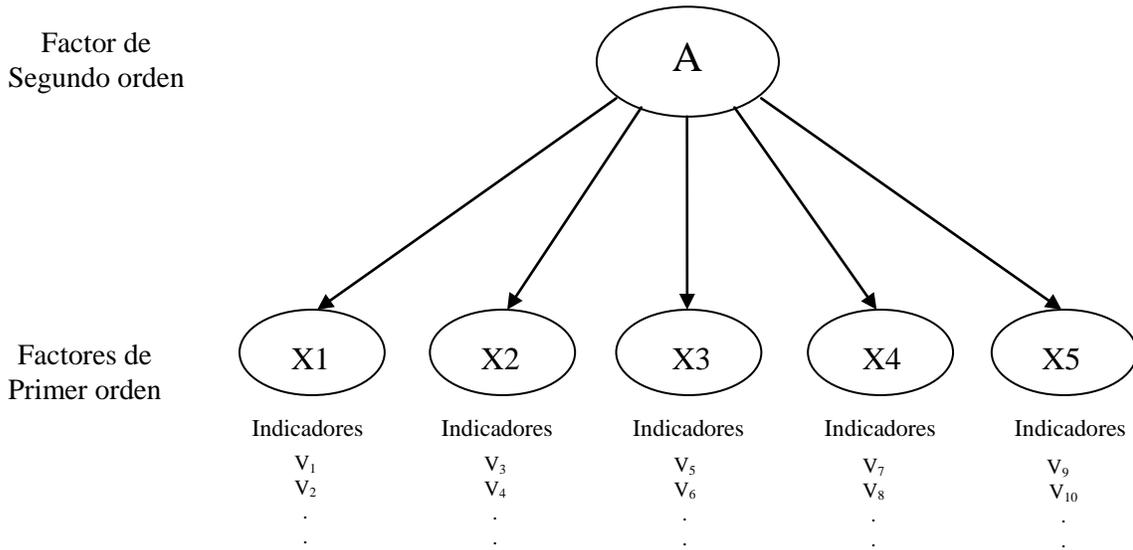
Los esquemas de clasificación dimensional se establecen sobre la base de una aproximación “bottom-up” cuyo fundamento es el análisis exploratorio de datos (Helzer et al., 2006). Para ello utiliza procedimientos estadísticos multivariados como el análisis factorial o el análisis de conglomerados.

Con este tipo de análisis se pueden estudiar las relaciones que existen entre dos tipos de variables: a) aquellas observables que son medibles de modo objetivo (por ejemplo, edad, sexo) o subjetivo (actitudes, percepciones, etcétera) y b) aquellas no observables (latentes o factoriales) que corresponden a conceptos teóricos cuantificables sólo como constructo a partir de algunas variables observables o indicadores (Silva & Schiattino, 2008).

El *Análisis Factorial Confirmatorio (AFC)* es un procedimiento de análisis encuadrado en los modelos de ecuaciones estructurales. Su propósito se centra en analizar las relaciones entre un conjunto de variables y explicar estas variables en términos de sus dimensiones subyacentes comunes. Dicho análisis se representa por lo que se denominan componentes principales o, más usualmente, factores. La forma en que estos factores se organizan es jerárquica y se pueden encontrar dos tipos de factores: factores de primer orden y factores de segundo orden (Arias, 2008; Hair, 1999).

Así, los conceptos únicos que se componen de diversas dimensiones se denominan factores de *orden superior* o de *segundo orden* y sus dimensiones se denominan factores de *orden menor* o de *primer orden*. De tal forma que, los factores de orden superior representan conceptos teóricos más amplios y generales. Mientras que los factores de orden menor representan características más básicas y específicas del constructo general (Edwards, 2001; Livesley, 2005). A su vez, estos factores de primer orden poseen indicadores que se caracterizan por ser variables observables y continuas. Estos indicadores pueden ser por ejemplo, las puntuaciones obtenidas por un sujeto en diversas escalas de un test, o los síntomas de un determinado trastorno mental en un sistema diagnóstico.

A continuación se presenta un ejemplo de un modelo de AFC de segundo orden:



Una característica esencial del AFC es que el investigador debe concretar de antemano todos los aspectos relevantes del modelo, aspectos que deben fundamentarse de manera sólida en la teoría previa y en la evidencia conocida (Arias, 2008).

Debido a que todo este análisis requiere de investigación empírica, los modelos dimensionales se tornan más objetivos y potencialmente más fiables que los modelos basados en el consenso del juicio clínico como lo es el sistema categórico (Caballo & Simon, 2005).

Con la información que hasta ahora se tiene se puede empezar a apreciar cómo es que una perspectiva dimensional ayuda a responder varias de las interrogantes que al principio de este apartado se han mencionado, sin embargo al término de este capítulo se tendrá una visión más amplia de lo que el fenómeno dimensional representa y se obtendrá respuesta a todas las interrogantes planteadas con anterioridad.

2.3 Importancia del desarrollo en la perspectiva dimensional.

Una de las características esenciales del sistema dimensional es que considera a los fenómenos y atributos como parte de un continuo. Incluso presenta una relación de continuidad entre los procesos de normalidad y anormalidad y no como fenómenos separados uno del otro.

De acuerdo con Lewis (2000) la idea de continuidad involucra la idea de gradualismo y ésta a su vez supone que una serie de pequeños cambios puede explicar cambios más complejos. Por lo que para entender la relación entre normalidad y anormalidad como parte de un continuo es imprescindible situarla en un contexto evolutivo desde la infancia hasta la edad adulta, pues en ese proceso ocurren cambios tanto simples como complejos. De manera que es de vital importancia estudiar cómo las experiencias o procesos que ocurren en un momento del desarrollo pueden modificar las respuestas del individuo en un momento posterior.

La psicopatología del desarrollo se encarga del estudio y predicción de las conductas y procesos no adaptativos en el tiempo (Lewis, 2000). La combinación de estos dos términos, psicopatología y desarrollo, indica que existe una relación bidireccional en la que atañe conocer cómo la psicopatología influye en el desarrollo y cómo el desarrollo influye en la psicopatología (Ezpeleta, 2005). Así pues la concepción del desarrollo de la conducta normal y los elementos del desarrollo de la vida humana son fundamentales para comprender muchas formas de psicopatología, tanto en la niñez como en la edad adulta (Buka & Gilman, 2003).

El concepto de desarrollo implica dos componentes esenciales: por un lado, un sistema que posee una estructura determinada y una serie definida de capacidades preexistentes. Por otro lado, supone una serie secuencial de cambios en el sistema que proporciona incrementos nuevos, pero relativamente permanentes, no sólo en su estructura sino también en sus modos de operar (Nagel, 1957). De esta manera el desarrollo individual se caracteriza por un aumento en la complejidad y organización

e involucra la emergencia de propiedades y competencias estructurales y funcionales nuevas (Gottlieb, 1991).

Este aumento en la complejidad y organización del individuo a través de su desarrollo se ve influenciado por múltiples variables. Los constantes y recíprocos intercambios del individuo con su ambiente, moldean y vuelven más complejo su comportamiento, ya sea adaptativo o patológico (Rutter, 2003). Por lo que, al tomar en cuenta el desarrollo humano en la explicación del origen de muchos problemas de salud mental se enfatiza la influencia múltiple y mutua de procesos que ocurren a lo largo del tiempo y que tienen efectos sobre la conducta individual (citado en Hernández-Guzmán & Sánchez-Sosa, 1991).

Una porción muy importante de los problemas de salud mental no se asocia de forma directa con un solo factor que los desencadena. Se ha propuesto que la mayoría de ellos son problemas multifactoriales, es decir, no es un único factor el que rompe el equilibrio de la salud, sino una multiplicidad de factores que interactúan entre sí (Hernández-Guzmán & Sánchez-Sosa, 1991). Tales factores pueden implicar intercambios recíprocos entre variables biológicas, vulnerabilidades y disposiciones de un individuo con una serie de acontecimientos ambientales y psicosociales significativos en la vida de la persona (Rutter, 2003).

Diversas teorías del desarrollo reconocen la influencia bidireccional y compleja entre vulnerabilidades, predisposiciones biológicas, sucesos contextuales y psicosociales, para explicar cómo la conducta normal y la desviada evolucionan y adquieren formas que aumentan en complejidad a lo largo de la vida de la persona.

Una de estas teorías es la *perspectiva Bioecológica* propuesta por Bronfenbrenner (1977) la cual describe un rango de influencias sociales que van desde las prácticas parentales hasta los factores económicos y de la comunidad en la que el niño se desarrolla y que pueden afectar, ya sea de manera directa o indirecta, en su salud mental.

Dicha perspectiva puntualiza “la mutua y progresiva acomodación, a lo largo de toda la vida, entre un organismo humano en crecimiento y el cambiante medio

inmediato en el cual vive, teniendo en cuenta que este proceso se ve afectado por las relaciones establecidas dentro de y entre estos entornos inmediatos, así como por contextos sociales más amplios, tanto formales como informales, donde se enclavan estos entornos” (citado en Pine et al., 2004).

Por su parte, la *Teoría Conductual de Sistemas del Desarrollo* propuesta por Novak (1998) considera al desarrollo como un proceso multidireccional, producido por múltiples causas y niveles. Al mismo tiempo considera que el desarrollo humano, un proceso muy complejo, es el resultado de la combinación de muchos procesos simples. De la misma forma, plantea que el desarrollo de conductas complejas surge de la combinación de conductas más simples en conjunto con sucesos ambientales a lo largo del tiempo. Estas conductas más complejas se aprenden por condicionamiento operante. Así, el aprendizaje, caracterizado por cambios debidos a las consecuencias ambientales, juega una pieza clave en el desarrollo del individuo.

Los factores contextuales son de importancia fundamental dentro de la Teoría Conductual de Sistemas del Desarrollo. Las circunstancias son importantes para analizar los procesos dinámicos de desarrollo, los cuales involucran la interacción del individuo con el ambiente. Por tanto la conducta, simple o compleja, así como también el desarrollo humano es el resultado de varios factores ambientales. Pero no sólo el individuo se ve influenciado por los factores contextuales, sino que surge una relación recíproca individuo-ambiente mediante la cual el ambiente también se modifica debido a los cambios ocurridos en la conducta de la persona, y a su vez este nuevo contexto tendrá efectos diferentes en la conducta del individuo que los que causó con anterioridad.

De esta manera tenemos que la combinación de ciertos factores puede causar diferentes resultados en el desarrollo en diferentes individuos. Pero también un mismo resultado en el desarrollo puede ocurrir a partir de la combinación de diferentes factores. Esto, aplicado al desarrollo de la psicopatología significa que un mismo trastorno en diferentes sujetos puede tener detrás diferentes historias de aprendizaje (Del Palacio, 2007).

Un tercer modelo que explica la complejidad del desarrollo es el *modelo Interaccional o Transaccional* propuesto por Lewis (2000). En este modelo se propone que tanto el individuo como el ambiente en el que éste se desarrolla determinan el curso de su desarrollo. La naturaleza del contexto y las características o rasgos del individuo son necesarios para explicar las conductas concurrentes, así como el comportamiento subsecuente y el ajuste [a su medio]. La conducta está determinada por su capacidad de adaptación y esta capacidad está relacionada con los entornos en los que se desarrolla. La estabilidad y cambio en el individuo es vista como una función de ambos factores. De esta forma Lewis propone dos modelos de desarrollo:

Primero, tanto las características del individuo y el ambiente interactúan y producen un nuevo conjunto de comportamientos. Sin embargo, ni las características ni el contexto son alterados por dicha interacción. Desde una perspectiva del desarrollo, este es un modelo aditivo debido a que nuevos comportamientos se derivan de comportamientos antiguos y de su interacción con su medio ambiente, y estos nuevos comportamientos son adheridos al conjunto de conductas antiguas.

En el segundo modelo, tanto las características del individuo como el ambiente interactúan, produciendo un nuevo conjunto de conductas que se transforman a sí mismas. Desde una perspectiva del desarrollo, éste es un modelo de transformación debido a que las conductas anteriores dan lugar a nuevas conductas y el entorno (contexto) se ve alterado por el cambio.

Las teorías expuestas muestran como el proceso de desarrollo depende de diversos factores, tanto del individuo como del ambiente en el que se desenvuelve. Por lo que el estudio del desarrollo y los factores que influyen en él pueden servir de referencia para explicar el desarrollo del comportamiento normal así como el comportamiento anormal.

Considerando lo anterior resulta entonces primordial tomar en cuenta las diferencias en cuanto al nivel de desarrollo en el que se encuentra el individuo. A menudo la expresión de la psicopatología varía, tanto en magnitud como en

características, en la medida en que el desarrollo de dicho individuo evoluciona. Tomar en cuenta los cambios relacionados con la edad es también de vital importancia ya que en diversas ocasiones aquellos comportamientos considerados patológicos a cierta edad, pueden ser considerados normales o adaptativos en otra (Hudziak et al., 2007). En consecuencia, es importante que al evaluar y diagnosticar los problemas emocionales y comportamentales, especialmente en los niños y los adolescentes, se tome en cuenta las características evolutivas únicas de la niñez y la adolescencia que influyen en las formas que adopta la psicopatología (House, 2003).

Al mismo tiempo, es elemental tomar en cuenta los periodos críticos durante el desarrollo del individuo ya que éstos desempeñan un papel importante en el posible desarrollo de un trastorno mental. Por ejemplo, en los niños pequeños, el desarrollo del apego es imprescindible para el desarrollo de las relaciones sociales; para el adolescente, una tarea importante durante esa etapa de su desarrollo es la consolidación de su identidad y la transición hacia la adultez se convierte en otro periodo crítico del desarrollo. En este sentido, el grado en el que cada individuo logre sobrellevar éstos y otros periodos críticos a lo largo de su desarrollo producirá una gran variedad de manifestaciones conductuales a lo largo de su vida, sean estas adaptadas o desadaptadas (Tackett et al., 2009).

Aunado a ello, los datos de investigación en neurobiología del desarrollo muestran también que las conexiones, la anatomía y la fisiología del cerebro humano cambian de forma dramática a lo largo del desarrollo y que el género desempeña un papel importante dentro de esos cambios (Hudziak et. al., 2007). Algunos estudios han demostrado que las experiencias adversas en edades tempranas pueden tener un impacto duradero en la reactividad al estrés que se enfrente en situaciones posteriores, esto mediante cambios producidos en diversas vías neurobiológicas importantes implicadas en el desarrollo del cerebro (Grossman et al., 2003).

Es así que, aunque aún no se sabe en qué medida los modelos dimensionales tomen en cuenta el funcionamiento psicológico y el desarrollo humano para conceptualizar los trastornos mentales, se sugiere que los estudios de desarrollo proveerán un mayor entendimiento de los orígenes de la psicopatología. Además las

diferencias importantes entre varios tipos de trastornos, incluso entre pacientes con un mismo trastorno pueden adquirir una mayor comprensión si se toma en cuenta los procesos del desarrollo (Widiger & Clark, 2000).

2.4 Modelos de clasificación dimensional.

La nosología psiquiátrica se encuentra en un momento particularmente desafiante y difícil (Phillips, First, & Pinicus, 2005). La cuestión respecto a si los trastornos mentales son condiciones clínicas discretas o meras distinciones arbitrarias a lo largo de dimensiones subyacentes es un problema fundamental cuya importancia va en aumento con el creciente reconocimiento de las diversas limitaciones del modelo categórico (Widiger & Trull, 2007).

Aún cuando los científicos interesados en la clasificación de las enfermedades mentales y los arquitectos de las diversas ediciones del DSM saben que la fuerza de la clasificación actual radica en su confiabilidad (Caine, 2005; Kendell, 2003; Kendell & Jablensky, 2003), varios autores han argumentado que una de las limitaciones fundamentales de dicha clasificación se refiere a la carencia de validez de sus categorías diagnósticas (Brown & Barlow, 2005; Kendell & Jablensky, 2003; Maj, 2007; Widiger & Samuel, 2005).

Por lo que desde hace ya algunos años diversos investigadores han propuesto que la nosología actual debe realizar ciertos ajustes en su nomenclatura e incorporar una perspectiva dimensional a la misma (Brown & Barlow, 2005; Helzer et al., 2006; Kraemer, 2007; Kupfer, 2005; Widiger & Samuel, 2005).

Sin embargo la transición de un modelo categórico a uno dimensional no será tarea fácil. Dicha transición podría representar grandes cambios en la estructura de las taxonomías oficiales actuales (Helzer et al., 2006; Hernández-Guzmán, et al., 2010).

No obstante, algunos modelos dimensionales ya se han realizado como propuestas para incluirse en próximas versiones de los sistemas de clasificación diagnóstica. Dichos modelos brindan una perspectiva general respecto a los posibles

cambios y ventajas que se obtendrían con la introducción de un sistema dimensional de clasificación.

Helzer et al. (2006) proponen agregar el número de síntomas positivos de la definición categórica para obtener puntajes dimensionales. Las puntuaciones de cada diagnóstico se sumarían para obtener una puntuación general de gravedad y esta calificación reflejaría un estimado de la patología psiquiátrica total.

Una opción más provechosa que Helzer et al. (2006) proponen es agregar un elemento de dimensionalidad a los signos y síntomas de cada categoría diagnóstica. Esto puede llevarse a cabo mediante la gradación de cada criterio diagnóstico en una escala de tres puntos, en donde, por ejemplo: 0= ausente; 1= algunas veces presente; 2= se presenta de manera frecuente.

Además de proporcionar un estimado de la severidad del trastorno, esta última propuesta puede ayudar a reducir el error que resulta de forzar a los pacientes a realizar decisiones categóricas acerca de la presencia o ausencia de sus síntomas. De esta forma se ofrecería una respuesta intermedia que disminuiría las respuestas imprecisas tomadas por los pacientes en un simple sistema dicotómico de “sí” o “no”. Por ende estas puntuaciones crearían una base de datos más válidos y aportarían una mayor cantidad de información clínica. Incluso se podrían cubrir aquellos trastornos subsumidos bajo la categoría NE. No obstante, una de las mayores limitaciones de este sistema dimensional es que no aborda el problema del alto porcentaje de traslape diagnóstico (Brown & Barlow, 2005; Brown & Barlow, 2009; Helzer et al., 2006).

De acuerdo con Widiger (2007), dos modelos más podrían tomarse a consideración como posibles alternativas a agregar en los actuales sistemas de clasificación:

1. Proveer un perfil dimensional a las categorías diagnósticas existentes:

En este modelo un trastorno [de la personalidad] puede ser caracterizado como “prototípico” si se cumplen con todos los criterios diagnósticos requeridos,

“moderadamente presente” si el paciente cumple con uno o dos criterios diagnósticos arriba del umbral requerido en el diagnóstico categórico; “umbral” si el paciente cumple de forma exacta el número de criterios diagnósticos requeridos como umbral; “subumbral” si hay síntomas presentes pero el número de ellos se encuentra por debajo del umbral requerido; “rasgo” si sólo se encuentran presentes entre uno y tres de los síntomas; y “ausente” si ningún criterio diagnóstico se encuentra presente.

Una de las ventajas de esta aproximación es que se retienen los constructos diagnósticos existentes. Al mismo tiempo se ayuda a los clínicos e investigadores a familiarizarse con la clasificación dimensional y hacer más fácil su transición a ella (Widiger et al., 2006). Una de sus limitaciones es que los clínicos continuarían describiendo a los pacientes en términos de constructos heterogéneos y traslapados, situación que contribuiría a la co-ocurrencia diagnóstica (Widiger, 2007).

2. Proveer a los clínicos una descripción narrativa de un caso prototípico:

Dicha descripción se realizaría en una página la cual contendría de 18-20 características del trastorno. El clínico indicaría, por medio de una escala de cinco puntos, qué tanto las características del paciente se acercan al modelo prototípico descrito. La escala se conformaría de la siguiente manera:

- 1: poco o ningún parecido
- 2: coincidencia baja (leve), existen mínimas características.
- 3: coincidencia (parecido) significativa
- 4: altamente significativo, el paciente presenta el trastorno
- 5: caso prototípico

Si bien todos los modelos anteriores representan un avance en la clasificación psiquiátrica y poseen mayores ventajas respecto al modelo categórico, utilizan aún recursos mínimos sobre las ventajas potenciales que el componente dimensional puede proporcionar. Sin embargo estos modelos dimensionales sencillos pueden considerarse como un primer paso hacia la introducción de sistemas dimensionales más ambiciosos que podrían implementarse en versiones subsecuentes del DSM

(Brown & Barlow, 2009). De tal forma que se han propuesto otros modelos dimensionales más completos:

3. Modelos factoriales y reorganización de los criterios diagnósticos:

En este modelo se propone la formulación de escalas con las características más distintivas de los trastornos mediante un análisis factorial de los criterios diagnósticos. En este sentido, el modelo contendría las principales dimensiones o factores que subyacen a los trastornos que de manera más común se encuentran traslapados. Dichas escalas proveerían descripciones o perfiles sintomáticos más diferenciados y menos susceptibles al traslape diagnóstico que las escalas tipo Likert que se implementarían en los modelos propuestos con anterioridad.

Esta estrategia de clasificación surge de la teoría y evidencia de que el alto grado de solapamiento que existe entre diversos trastornos se debe al hecho de que estos síndromes emergen de una diátesis biológica, genética y psicosocial compartida (Barlow, 2002).

Incluso en los últimos años, esta hipótesis de las dimensiones compartidas o diátesis ha tomado un interés especial en los investigadores. De manera tal que se han enfocado en conceptualizar los diagnósticos y la psicopatología dando un énfasis especial en las características comunes entre trastornos más que en marcar sus diferencias. Lo que incluso ha llevado a propuestas de unificar distintas categorías en una sola dimensión (Brown & Barlow, 2009).

4. Integración de los modelos dimensionales de clasificación:

Es posible que los autores del futuro manual diagnóstico sólo elijan uno de los diferentes modelos dimensionales propuestos. Sin embargo como bien argumenta Widiger (2007), la solución ideal sería desarrollar un modelo dimensional en el que se integren las principales contribuciones de cada modelo. De forma similar a los modelos factoriales descritos con anterioridad, este modelo contendría las principales dimensiones que subyacen a una o varias categorías diagnósticas. Sin embargo

estas dimensiones derivarían de los diferentes modelos que se integren mediante un análisis estadístico multivariante.

El clínico que hiciera uso de este modelo para realizar un diagnóstico calcularía el grado en el cual una persona presenta una desviación (sea grave o leve) dentro de cada una de las dimensiones del modelo. Debido a que estas dimensiones toman en cuenta el continuo normalidad-anormalidad se proveería a los clínicos una descripción de los pacientes dentro del rango normal o adaptativo además de la evaluación de las características desadaptativas o disfuncionales de cada uno de los individuos.

Desde este punto de vista un modelo dimensional integrado proveería amplias ventajas diagnósticas y proporcionaría una descripción psicológica más válida y útil (Widiger, Livesley, & Clark, 2009).

2.5 Ventajas de la perspectiva dimensional

Diversos estudiosos de la psiquiatría, la psicopatología y psicología han propuesto al modelo dimensional como un nuevo sistema de clasificación, incluso la agenda de investigación para el DSM-V ha considerado la posible adición de este tipo de modelo (Kupfer, 2005). Pero, ¿qué es lo que ha llevado a que diversos investigadores y clínicos del área de salud mental sugieran al sistema dimensional como nueva perspectiva de clasificación?, ¿cuáles son las ventajas que este sistema conlleva?

De acuerdo con Widiger y Trull (2007) un modelo de clasificación dimensional resuelve muchos de los problemas y limitaciones inherentes a las categorías diagnósticas existentes en la actualidad.

En primer instancia, debido a que el esquema dimensional se extiende a lo largo de un continuo es capaz de incluir a la normalidad y anormalidad como puntos extremos de una sola dimensión más que como fenómenos distintos y separados entre sí (Millon, 1991). Esta cualidad le da la ventaja de incluir una gran variedad de características y atributos que las personas puedan presentar. Debido a que dichos

atributos se cuantifican a través de escalas se pueden obtener puntuaciones respecto al grado en el que cada persona se encuentra dentro de esos atributos. Esta estructura ofrece una manera útil de incorporar dimensiones de diferencias individuales dentro de una clasificación (Livesley, 2005). Por lo tanto un sistema dimensional tiene el potencial de comunicar presentaciones clínicas con una mayor cantidad de información que los modelos categóricos simples (Brown & Barlow, 2005; Watson, 2005). Con ello, el clínico tiene la oportunidad de estudiar un caso de forma más completa e incluso puede obtener un perfil específico e individualizado de la psicopatología del paciente (Rounsaville et al., 2004; Widiger & Samuel, 2005). Pero no sólo se obtendría un perfil de la psicopatología de la persona, sino que también se podrían obtener las fortalezas del paciente, las cuales pueden ser de gran ayuda para el tratamiento terapéutico.

Con esta peculiaridad del enfoque dimensional, el problema de la heterogeneidad se resolvería, pues al incluir en una escala todas las características y síntomas, pueden abarcarse todos los casos y diversas presentaciones sindrómicas que los individuos puedan manifestar (Widiger et al., 2009; Widiger & Trull, 2007).

Pero no sólo se obtiene una gran variedad de rasgos y características del paciente, sino que además, al incluirse los síntomas como parte de dimensiones se pueden obtener puntuaciones acerca de la gravedad de los mismos (First, 2005). En consecuencia se proveería información más específica acerca de la severidad del trastorno y el grado de ajuste de la persona a su medio (Helzer et al., 2006; Kupfer, 2005).

De esta forma la cobertura para representar de forma satisfactoria todos los síntomas y condiciones que se presentan en la práctica clínica se extiende y la evaluación de casos atípicos o inusuales se facilita (Millón, 1991). Esto debido a que se da significancia clínica aún a aquellos síntomas que se encuentran por debajo del umbral establecido por el DSM y que de forma común se presentan en los marcos de asistencia primaria. Incluso esta perspectiva dimensional admite un grupo de síntomas que no son reconocidos como criterios diagnósticos en el DSM-IV pero que pueden tener un impacto relevante en el curso de la enfermedad, el funcionamiento y

la calidad de vida del individuo. En consecuencia el problema de los frecuentes diagnósticos NE desaparecería debido a que con una perspectiva dimensional tal designación no existiría pues el uso de todo el espectro de síntomas es posible (Maser & Patterson, 2002). Esta característica incrementaría la utilidad clínica del sistema de clasificación del DSM pues recordemos que una de las molestias comunes entre los clínicos es la pobre correspondencia entre las categorías del DSM y los cuadros clínicos típicos.

Maser y Patterson (2002) refieren que aún cuando estas manifestaciones subliminales o subumbrales sean menos graves, pueden considerarse como predecesoras de psicopatología o alguna enfermedad más grave. Además, la evaluación y reconocimiento de estos síntomas subumbrales puede aportar información importante respecto a la historia psiquiátrica del paciente y la posible presencia de una futura enfermedad (Cassano, Rossi, & Pini, 2003). De esta manera el clínico puede tomar medidas preventivas para evitar una enfermedad más severa. O en otro caso, si dicha expresión de síntomas subliminales es debida a secuelas de una enfermedad pasada, puede indicar que el paciente requiere continuar con un tratamiento hasta que sus síntomas desaparezcan y sus conductas desadaptadas se eliminen o se cambien por otras más adaptativas.

En relación al problema de la excesiva co-ocurrencia diagnóstica Harvey et al. (2004) refieren que la integración de un modelo dimensional de clasificación puede ofrecer nuevas perspectivas acerca de dicho problema. De acuerdo con Maser y Patterson (2002) el problema de la comorbilidad diagnóstica disminuiría de forma considerable, pues al presentarse todos los síntomas dentro de un continuo no sería necesario hacer distinciones arbitrarias de un trastorno a otro ya que dichos síntomas sólo representarían variaciones distintas de un mismo espectro.

Harvey et al. (2004) refieren que el fenómeno de la comorbilidad: a) tiende a reflejar una vulnerabilidad común entre trastornos, b) refleja que las características de un trastorno pueden actuar como factores de riesgo para otros padecimientos psicológicos y, c) muestra que existen procesos cognitivos y conductuales comunes entre los trastornos que los mantienen presentes. Dichas afirmaciones realzan la

hipótesis de que los trastornos que se traslapan de manera frecuente no son padecimientos discretos, separados el uno del otro, sino que más bien dichos padecimientos corren a lo largo de un continuo cuya base subyacente responde a procesos psicopatológicos comunes (Widiger & Clark, 2000).

Lo anterior representaría una forma nueva de estudiar los fenómenos psicopatológicos y encontrar muchas de las bases etiológicas que en la mayor parte de los trastornos no están establecidas (Requena & Jarne, 2005). Al agruparse los trastornos de acuerdo a los procesos etiológicos y psicopatológicos que les subyacen se incrementaría la validez y la precisión del sistema clasificatorio.

En referencia al estudio del desarrollo y su influencia en un sistema de carácter dimensional Pine et al. (2004) argumentan que siempre que fuera posible la clasificación de los síntomas psiquiátricos debiera ser congruente con los conocimientos actuales sobre el desarrollo y el funcionamiento cerebral.

El que el sistema dimensional incluya una perspectiva del desarrollo humano y de la psicopatología ayudará a realizar diagnósticos más válidos, específicos y apropiados para todas las personas de todas las edades y de ambos géneros (Hudziak et al., 2007). Además se ha enfatizado que el enmarcar los cuadros sintomáticos dentro de un estadio del desarrollo puede ofrecer a los clínicos una explicación alternativa para las conductas, las posibles causas de los síntomas e información útil para estudiar el papel del desarrollo en la relación entre los síntomas de los trastornos psiquiátricos y las alteraciones que no constituyen un trastorno (Pine et al., 2004).

Así mismo Angold y Costello (2005) afirman que puesto que muchos trastornos en la edad adulta ahora se sabe que empiezan, o tienen sus raíces plantadas durante el periodo de la niñez o la adolescencia, el estudio de la psicopatología necesita adoptar una posición evolutiva a lo largo del curso de la vida. Esto resultaría relevante en la evaluación de la psicopatología infantil y adolescente lo cual ayudaría al desarrollo de nuevas estrategias de prevención y de intervención precoz

diseñadas para interrumpir los procesos patológicos antes de que se consoliden los síndromes y resulten más difíciles de revertir (Pine et al., 2004).

Ahora bien, un modelo dimensional de clasificación ¿cómo puede influir en el tratamiento del paciente?

El tener un mecanismo que permita registrar la severidad de un trastorno (más que la presencia o ausencia del mismo) y obtener perfiles individualizados de cada paciente tiene mayores implicaciones al momento de determinar las necesidades terapéuticas del paciente y su respuesta al tratamiento (Brown & Barlow, 2005; Rounsaville et al., 2004; Widiger & Douglas, 2005). La severidad de la enfermedad será un indicador clave para determinar qué tratamiento utilizar (farmacológico o psicosocial), bien sea utilizar sólo un tipo de tratamiento o los dos (Maser & Patterson, 2002).

Además el que el modelo dimensional estudie el continuo normalidad-anormalidad no limita a registrar sólo las características psicopatológicas del paciente. De acuerdo con Widiger et al. (2009) el enfoque dimensional también aprecia que la persona es más que sólo un trastorno y que hay aspectos o características del paciente que aún son funcionales o adaptativos, incluso loables, a pesar de la presencia de su trastorno. De tal forma que tales aspectos funcionales del paciente tienden a ser de gran ayuda para facilitar la adherencia terapéutica al tratamiento.

De acuerdo con Livesley (2005) la estructura dimensional que adopta una jerarquía factorial sería muy útil en diversas áreas: las dimensiones de orden superior ofrecen una visión general amplia de los componentes importantes de la personalidad que pueden ser útiles para la comunicación clínica y para la planificación de aspectos más amplios del tratamiento, así como para algunos estudios científicos como las investigaciones epidemiológicas. No obstante, estos amplios constructos no resultan adecuados para todos los propósitos dirigidos a la clasificación. Por lo que la evaluación de rasgos de orden menor, los más básicos,

constituye frecuentemente una tarea esencial para una planificación detallada del tratamiento.

Otra implicación que conlleva la perspectiva dimensional es que, al tomar en cuenta los síntomas y trastornos subliminales habría que reflexionar respecto a si los tratamientos dirigidos a los trastornos que cumplen con todas las características para ser diagnosticados en alguna categoría del DSM-IV son también eficaces para los trastornos subliminales, y de ser así, qué tan eficaces son (Maser & Patterson, 2002).

Finalmente, un aspecto fundamental a la perspectiva dimensional que surge a partir de los hallazgos de que ciertos trastornos presentan procesos psicopatológicos comunes es la *perspectiva transdiagnóstica* para el tratamiento de los trastornos mentales (Clark & Taylor, 2009; McEvoy et al., 2009).

McEvoy et al. (2009) definen a los *tratamientos transdiagnósticos* como aquellos que aplican los mismos principios de tratamiento a diversos trastornos mentales, sin adaptar el protocolo a un padecimiento en específico. La premisa sobre la cual se basan estos tratamientos es que las características comunes a lo largo de diversos trastornos superan las diferencias que pueden encontrarse entre ellos. De esta manera los tratamientos transdiagnósticos son más eficientes en el tratamiento de condiciones comórbidas que el tratamiento secuencial de cada trastorno.

Con toda la información recabada hasta este momento, volvamos al caso clínico que se presentó al inicio de este capítulo, ¿tienen respuesta todas las interrogantes que se hicieron?

Sin duda el incluir una perspectiva dimensional a los actuales sistemas nosológicos de los trastornos mentales, sea ésta a través de un modelo simple o de uno más complejo como la reorganización de los criterios diagnósticos, ayuda a resolver muchos de los dilemas establecidos por los sistemas categóricos y amplía nuestra visión respecto al fenómeno de la psicopatología.

2.6 Desafíos de la perspectiva dimensional

A pesar de las ventajas que la adición de un modelo dimensional lleva consigo, no será fácil la transición de un sistema de clasificación categórico a uno dimensional (Hernández-Guzmán et al., 2010).

First (2005) afirma que la transición de un DSM categórico a uno en su mayoría dimensional puede involucrar cambios radicales tanto en las agrupaciones diagnósticas, las entidades diagnósticas individuales y en los procedimientos de evaluación diagnóstica.

Algunos de los más grandes desafíos que la adición de un modelo dimensional conllevaría son:

- 1) La práctica clínica que se ha obtenido con el sistema categórico actual y la generalización de los constructos que dicho sistema posee alrededor de muchas partes del mundo, son razones de peso que impiden un cambio radical en las taxonomías actuales. Tales argumentos son puntos importantes que están siendo considerados para retener los actuales sistemas nosológicos (Brown & Barlow, 2009).
- 2) Debido al desconocimiento con el enfoque dimensional de muchos de los clínicos e investigadores, la adopción de dicho modelo requerirá un esfuerzo intensivo en el re-entrenamiento de los profesionales de la salud mental para hacer uso de este nuevo enfoque (First, 2005).
- 3) En el ámbito de la investigación se requerirá de una reorganización de los instrumentos diagnósticos con los cuales se realiza la investigación ya que muchos de estos instrumentos tienen su base en el actual sistema categórico de clasificación.
- 4) Mientras que la estructura del modelo dimensional incrementa la cantidad de información clínicamente relevante, la comunicación de dicha información se vuelve más compleja (Helzer et al., 2006). Aunque el describir a un paciente en términos de dimensiones brinda mayor información, se torna más simple informar a otro especialista de la salud mental, a los familiares del paciente y

al paciente mismo en términos de una etiqueta diagnóstica (First, 2005; Widiger & Samuel, 2005)

- 5) Aún no se llega a un acuerdo en cuanto al número de dimensiones que tal modelo debe adoptar para proporcionar una representación adecuada de la psicopatología (Brown & Barlow, 2005; Hernández-Guzmán et al., 2010; Krueger et al., 2005).
- 6) Sin duda debe buscarse puntos de corte o discontinuidades dentro de las dimensiones que permitan llevar a cabo ciertos objetivos, tales como internamientos, tipo de tratamiento, etcétera. Pero, ¿cómo se llevarán a cabo esos cortes, qué método es el más adecuado?, ¿en qué momento un caso se vuelve más severo que otro, incluso, en qué momento o a qué punto la sintomatología se convierte en un caso? Pues es claro que excediendo un cierto número de síntomas, duración o presencia de cierta sintomatología puede presentarse un mayor impacto en la calidad de vida del individuo (Maser & Patterson, 2002; Widiger & Samuel, 2005).

Debido a los inconvenientes que supone la introducción de un sistema dimensional en la nosología psiquiátrica algunos investigadores han propuesto que la introducción de puntajes de severidad sobre las categorías diagnósticas y/o a los criterios diagnósticos sería la alternativa menos drástica y más práctica para introducir una perspectiva dimensional de clasificación. De esta manera el sistema categórico se mantendría intacto (Brown & Barlow, 2009; Helzer et al., 2006).

No obstante el desafío más grande que se habrá de afrontar para la introducción de un modelo dimensional de la psicopatología será el de ayudar a los clínicos acostumbrados a usar un sistema de clasificación categórico a comprender la superioridad de la perspectiva dimensional sobre la perspectiva categórica.

CAPÍTULO 3

PERSPECTIVA DIMENSIONAL DE LA ANSIEDAD Y LA DEPRESIÓN

3.1 Antecedentes

Dentro del campo de los trastornos mentales, la ansiedad y la depresión han recibido una atención considerable debido a su alta prevalencia entre la población general y al importante grado de malestar personal que provocan (González et al., 2004).

A lo largo del tiempo estos fenómenos, ansiedad y depresión, se han conceptualizado desde diferentes puntos de vista como (Clark & Watson, 1991):

- a) diferentes puntos a lo largo de un mismo continuo
- b) manifestaciones alternativas de una vulnerabilidad subyacente
- c) síndromes heterogéneos que se asocian debido a sus subtipos compartidos
- d) fenómenos separados que pueden desarrollarse dentro del otro a lo largo del tiempo
- e) fenómenos conceptual y empíricamente distintos

Aún cuando cada uno de estos puntos de vista posea investigación de apoyo, de manera primordial la nomenclatura del DSM-IV refleja el punto de vista categórico del punto (e). Sin embargo diversos investigadores creen que la evidencia empírica apoya un punto de vista más dimensional de los puntos (a) y (b). Respecto a este último punto se agrega también la dificultad encontrada por diversos estudios para distinguir entre estos constructos de forma empírica (Maser & Cloninger, 1990). Por lo que en los últimos años se ha puesto en duda la validez de ambos trastornos como entidades diagnósticas distintas, separadas la una de la otra (González et al., 2004).

Incluso ya desde hace algunos años se ha vislumbrado la adición de una nueva categoría diagnóstica al DSM denominada *trastorno mixto ansioso-depresivo* y que en el manual CIE-10 ya se ha incluido (OMS, 1990). Este nuevo diagnóstico se ha

desarrollado en reconocimiento a que un número substancial de personas posee síntomas de ambos trastornos que justifican una intervención clínica y cuyo diagnóstico como un trastorno de ansiedad o depresión no es claro, pues a menudo estos síntomas tienden a caer por debajo del umbral requerido (Widiger & Samuel, 2005).

Es así que la perspectiva que se tenía en cuanto a un enfoque categórico de los trastornos de ansiedad y depresión parece dar un giro en torno a modelos más dimensionales de clasificación.

3.2 Similitudes entre los trastornos de ansiedad y depresión

En los últimos años, las investigaciones enfocadas al estudio de los trastornos de ansiedad y los trastornos del estado de ánimo, más que sus diferencias, han destacado las similitudes que ambas categorías poseen. Esto ha conllevado a diversos investigadores a poner en duda la validez de dichas categorías. Pero, ¿cuáles son algunos de los datos que respaldan las similitudes entre estos diagnósticos y que ponen en duda su validez?

- *Frecuente comorbilidad diagnóstica:*

Sin duda uno de los mayores desafíos que pone de manifiesto la pobre validez de las categorías diagnósticas de la ansiedad y la depresión es su alto porcentaje de comorbilidad. Los estudios han demostrado inclusive una alta comorbilidad entre las mismas entidades diagnósticas que componen la categoría de los trastornos de ansiedad. De acuerdo con Di Nardo y Barlow (1990), entre los pacientes con un diagnóstico de cualquier trastorno de ansiedad, el 83-100% habían tenido al menos una crisis de angustia; el 43-100% cumplían con criterios de trastorno de ansiedad generalizada y más del 80% había experimentado un miedo de intensidad leve en al menos una situación social. Por lo que, aún cuando estos trastornos se encuentran agrupados en una sola categoría y presentan una frecuente comorbilidad entre ellos, no parecen constituir una categoría nosológicamente cohesiva.

La investigación basada en el DSM-III-R y el DSM-IV documenta que los trastornos de ansiedad y depresión son los ejemplos más notables de traslape diagnóstico (Clark et al. 1995).

Por ejemplo, en un estudio realizado por Kendler et al. (1995) se observó que mientras el trastorno de angustia y la fobia compartían factores etiológicos, el trastorno de ansiedad generalizada se relaciona más estrechamente, desde el punto de vista etiológico, con la depresión mayor.

Esta relación entre ansiedad y depresión se apoya en datos que sugieren un alto grado de solapamiento entre estos dos síndromes. Inclusive, a pesar de estar claramente definidos como entidades separadas, la diferenciación clínica entre ansiedad y depresión no es tan evidente, lo que en muchas ocasiones dificulta distinguir entre ambos tipos de cuadros y resulta complicado esclarecer cuál antecede al otro (Agudelo, Buela, & Spielberg, 2007).

Numerosos estudios han observado una alta comorbilidad diagnóstica entre los estados de ánimo y los de ansiedad (Brown & Barlow, 1992; Clark & Watson, 1991; Kessler et al., 1996; Maser & Cloninger, 1990). Datos epidemiológicos corroboran la alta comorbilidad entre los trastornos de ansiedad y los trastornos depresivos. Se ha registrado que alrededor del 50% de personas con trastorno depresivo mayor cumple criterios diagnósticos para uno o más trastornos de ansiedad (Wittchen, Zhao, Kessler, & Eaton, 1994). Otros estudios muestran que el 80% de los sujetos con trastornos de ansiedad generalizada tienen también un trastorno del estado de ánimo comórbido durante su vida (Goorwood, 2004).

Se ha observado que entre el 21-90% de los pacientes con trastorno de pánico, trastorno de ansiedad generalizada o agorafobia, cumplen también criterios para el trastorno depresivo mayor (Heinze et al., 1999).

En concordancia con estos datos, la frecuente co-ocurrencia entre los trastornos de ansiedad y los trastornos del estado de ánimo puede considerarse una prueba en contra de la idea de que estos trastornos representan entidades patológicas discretas (Maj, 2007). Inclusive Clark y Watson (1991) encontraron que tanto la ansiedad como

la depresión guardan componentes comunes y han comprobado de manera consistente que la medida de los mismos presenta un grado considerable de solapamiento. Así mismo, se han acumulado pruebas de que algunos trastornos mentales, como el trastorno depresivo mayor y los trastornos de ansiedad, parecen fundirse imperceptiblemente unos con otros y con la normalidad (Kendler & Gardner, 1998).

Estos datos de comorbilidad se han demostrado tanto en pacientes adultos así como en niños y adolescentes (Toro, 2000).

- *Falta de especificidad en el tratamiento farmacológico:*

De forma tradicional, el tratamiento para los trastornos de ansiedad se ha llevado a cabo con agentes ansiolíticos como las benzodiacepinas (Brailowsky, 2002). Sin embargo se han demostrado también resultados eficaces con los antidepresivos tricíclicos y los Inhibidores de la Monoaminoxidasa (IMAO) utilizados de forma común en los trastornos del estado del ánimo. Pero la irrupción de los nuevos antidepresivos como los Inhibidores de la recaptación de la serotonina (ISRS) han demostrado también ser efectivos para una amplia gama de trastornos de ansiedad (Antón, Gálvez, & Esteban, 2007).

- *Solapamiento de síntomas:*

Debido a que la clasificación de las categorías, en su mayoría, se basa en descripciones clínicas que agrupan síntomas establecidos bajo consenso clínico, más que en causas bien conocidas o su etiología, estos síntomas pueden reaparecer a lo largo de los criterios diagnósticos de otros trastornos (Maser & Patterson, 2002). Por lo que en la práctica clínica, la presentación de síntomas ansiosos y depresivos mezclados en mayor o menor grado en un mismo paciente dificulta la diferenciación de ambos procesos.

De acuerdo con González et al. (2004), si se comparan los criterios de los trastornos depresivo mayor y de ansiedad generalizada según el DSM-IV-TR (2000), estos padecimientos pueden llegar a compartir tres características: insomnio,

propensión a la fatiga y dificultades para concentrarse, solapamiento que también se da con el trastorno distímico.

En otras investigaciones también se ha identificado síntomas compartidos o solapados entre la ansiedad y la depresión (véase Tabla 1).

Tabla 1. Síntomas comunes de la ansiedad y la depresión.

Síntomas comunes de ansiedad y depresión		
Depresión	Solapamiento	Ansiedad
Desamparo	Anticipación de lo peor	Preocupación excesiva
Estado de ánimo deprimido	Rumia/Preocupación	Tensión
Anhedonia	Disminución de la concentración	Estado de tensión nerviosa
Falta de placer	Irritabilidad	Estremecimiento
Ideación suicida	Hipervigilancia	Pesadillas
Líbido menguada	Sueño insatisfactorio	
	Insomnio	
	Llanto	
	Culpa	
	Dolor crónico, fatiga	
	Mala memoria	
	Desesperanza	

Tomado de Arbesú, González, & Torquero, 2006 y Barlow, 2002.

Estos datos pueden indicar que existe una relación significativa entre los fenómenos de ansiedad y depresión. Así mismo pueden proporcionar una base sólida para la reestructuración de estas dos categorías (Brown & Barlow, 2009; Clark & Watson, 1991).

- *Procesos cognitivos y conductuales*

Harvey et al. (2004) han encontrado evidencia de que existe una marcada similitud en los procesos cognitivos y conductuales que subyacen a diversos trastornos mentales, entre ellos, los trastornos de ansiedad y depresión. A estos procesos los han denominado *procesos transdiagnósticos*, mismos que pueden fortalecer la idea de que ansiedad y depresión poseen una estructura común.

Algunos de estos procesos son los siguientes:

- Atención:

Las personas con un trastorno depresivo o de ansiedad tienden a centrar su atención en estímulos particularmente significativos para ellos, estímulos que representan una posible amenaza (Harvey et al., 2004).

Estos estímulos pueden ser tanto externos (por ejemplo señales de carácter social) como internos (por ejemplo, pensamientos y sensaciones corporales).

Todos los estados ansiosos clínicos se encuentran asociados con una rápida detección de estímulos de posible daño y una subsecuente evitación de tal información la cual a su vez, previene la habituación y evaluación objetiva del estímulo (Harvey et al., 2004).

Las personas con un trastorno depresivo tienden a presentar un sesgo atencional hacia la información negativa durante un periodo largo de tiempo. Esto puede representar una dificultad para desligar la atención de esa información negativa. Por lo que la depresión puede asociarse a una reducción en la atención hacia información positiva.

De acuerdo con Harvey et al. (2004) este proceso de atención selectiva dirigida hacia estímulos “amenazantes” o relacionados con las preocupaciones actuales de los pacientes tienden a mantener el padecimiento de estas personas debido a que 1) al centrar su atención en esos estímulos el individuo pierde información que refuta sus creencias problemáticas, 2) debido a que la persona limita su atención hacia un rango específico de estímulos, es probable que a lo largo del tiempo omita información del ambiente, externo o interno, que pueda ser útil para aprender habilidades de aprendizaje, adquirir nuevos conocimientos o mejorar las relaciones sociales que le ayuden a su recuperación; y 3) al mantener una atención focalizada en estímulos internos, el individuo tiende a realizar más atribuciones internas de los eventos por lo que tenderá a presentar mayores sentimientos de culpa y a no tomar en cuenta los posibles factores externos que pudieron intervenir en ese suceso.

- Memoria:

Los estímulos en los cuales focalicemos nuestra atención, así como el esquema que tengamos del mundo influyen en nuestra memoria. Al igual que en el proceso de atención, las personas con algún trastorno tenderán a recordar de forma selectiva aquella información relevante a sus preocupaciones actuales.

Una de las características comunes entre los pacientes con ansiedad y/o depresión es que con mucha frecuencia presentan recuerdos intrusivos.

De igual forma, las personas con ansiedad y/o depresión presentan un acceso reducido a los recuerdos de un trauma debido a la disociación o evitación. Se piensa que la disociación se utiliza por los individuos que desean hacer frente, evitar o minimizar las consecuencias emocionales adversas del trauma. El daño en la memoria que es característico de la disociación puede tomar la forma de amnesia o reducción de la conciencia de un evento. De acuerdo con Harvey et al. (2004), el acceso reducido a los recuerdos de un trauma sirven para mantener trastornos como el estrés post traumático.

- Razonamiento:

El proceso de razonamiento involucra la realización de interpretaciones, la inferencia de las causas de los eventos (razonamiento atribucional) y el juicio acerca de la probabilidad de ocurrencia de los eventos.

Los sesgos del razonamiento ocurren cuando el pensamiento acerca del mundo tiende hacia conclusiones particulares en una forma sistemática y regular, a lo largo del tiempo y en diferentes contextos (Alloy & Abrahamson, 1988). El razonamiento sesgado es a menudo (pero no de forma necesaria) erróneo debido a que las conclusiones que se realizan difieren de la realidad objetiva. El razonamiento sesgado es un fenómeno común, normal y universal el cual puede ocurrir siempre que intentemos dar sentido, entender o predecir el mundo que nos rodea (Harvey et al., 2004).

Todos los días recibimos información de nuestro medio ambiente. Mucha de la información que recibimos es inherentemente ambigua. La interpretación de dichos estímulos ambiguos puede tener un impacto de gran alcance en la vida diaria. La evidencia en este campo sugiere que por lo general, los pacientes con trastornos de ansiedad y depresión realizan interpretaciones negativas de estímulos ambiguos relevantes para ellos.

Otro aspecto crucial del razonamiento es la elaboración de juicios acerca de los eventos inciertos tales como predecir la probabilidad de un evento futuro, juzgar la probabilidad de que ciertas acciones conduzcan a resultados particulares o que ciertas respuestas lleven a situaciones particulares. Es común que en este aspecto, las personas con trastornos de ansiedad y depresión presenten sesgos en los juicios de expectativa, de tal manera que tienden a mostrar niveles elevados de expectativas negativas.

Ahora bien, cuando las personas tratan de explicar el por qué eventos negativos o positivos les han sucedido, atribuyen ese resultado a causas particulares. Las atribuciones que de forma común las personas utilizan para explicar el por qué un evento particular sucede difiere a través de tres dimensiones principales:

1. El grado en el cual la causa es interna (causada de forma principal por el individuo) o externa (causada principalmente por el ambiente).
2. El grado en el cual la causa es estable (no es probable que cambie) o transitorio (de corta duración).
3. El grado en el cual la causa es global (relevante para otras situaciones) o local (específico a ese evento).

En este sentido, la evidencia indica que los pacientes con depresión mayor presentan un estilo atributivo pesimista caracterizado por atribuir eventos positivos a causas externas, transitorias y locales. Este estilo atribucional a su vez se encuentra asociado con desesperanza y baja motivación. Hay estudios que demuestran que la comorbilidad de los trastornos de ansiedad con la depresión es un factor importante en la determinación de un estilo atribucional pesimista (Harvey et al., 2004).

3.3 Estructura latente común de la ansiedad y la depresión

En consecuencia a todas las similitudes encontradas entre los trastornos de ansiedad y del estado de ánimo, varios investigadores han tratado de hallar una explicación para dilucidar una posible estructura en común entre estos padecimientos (Watson, 2005).

Algunas aproximaciones cuantitativas de investigación se han dado a la tarea de examinar la amplia gama de trastornos de ansiedad y del estado del ánimo mediante el uso del modelamiento de ecuaciones estructurales (Wilamowska et al., 2010). Aunque aún no se ha encontrado una causa específica de la alta comorbilidad entre estos trastornos, se ha sugerido que ambos fenómenos comparten factores o vulnerabilidades que podrían explicar el alto grado de solapamiento entre ambos padecimientos (Barlow, 2002; Watson & Clark, 1991). En concordancia con estos datos se ha propuesto a la depresión como parte de la misma dimensión que la ansiedad o con una estructura similar subyacente.

Uno de los modelos que ha apoyado la propuesta de que ansiedad y depresión comparten una estructura subyacente con componentes comunes es el “*Modelo Tripartito de la ansiedad y depresión*” propuesto por Anna Clark y David Watson (1991). Este modelo aglutina las manifestaciones de la ansiedad y la depresión en tres dimensiones distintas: afecto negativo, afecto positivo y activación fisiológica.

El *Afecto Negativo (AN)* es un factor de malestar general, básico e inherente a la ansiedad y la depresión. Dicho componente representa el grado en que una persona experimenta distintos estados aversivos como enojo, tristeza, preocupación, insomnio, baja concentración, culpabilidad, etcétera. El polo opuesto de esta dimensión queda reflejado por estados de calma, relajación y tranquilidad.

El *Afecto Positivo (AP)* representa el nivel de energía, actividad, entusiasmo por la vida, seguridad en sí mismo y bienestar de una persona. La ausencia de afecto positivo o anhedonia se caracteriza por fatiga, bajos niveles de confianza y de asertividad, así como falta de interés por la cosas.

Por último, la dimensión de *Activación Fisiológica (AF)* se caracteriza por manifestaciones de tensión y activación somática como vértigo o mareos, boca seca, temblores, etcétera.

De acuerdo con este modelo, la depresión queda definida por un bajo nivel de AP y un alto grado de AN, mientras que la ansiedad queda delimitada por altos niveles de AN y AF (González et al., 2004). Por lo que el factor AN puede brindar una mayor comprensión acerca de la comorbilidad o traslape de síntomas entre la ansiedad y la depresión debido a su carácter general e inherente a ambos fenómenos (Watson & Clark, 1991). Dicho de otra manera, este factor de orden superior produce una fuerte correlación a lo largo de diferentes tipos de emociones negativas, entre las que se incluyen el afecto triste/depresivo y el afecto miedo/ansiedad (Watson, 2005).

Brown, Chorpita y Barlow (1998) confirmaron la estructura del modelo propuesto por Clark y Watson (1991) pero con algunas modificaciones. Uno de los hallazgos más importantes de estos investigadores fue que los trastornos del estado del ánimo mostraban un mayor traslape con ciertos trastornos de ansiedad -como el Trastorno por ansiedad generalizada (TAG)- que otros.

En su modelo, Brown et al. (1998) posicionan el afecto negativo y el afecto positivo como factores de orden superior. Además, encontraron que el afecto negativo poseía relaciones significativas con cada uno de los trastornos evaluados (Trastorno depresivo mayor, TAG, trastorno de pánico con y sin agorafobia, Trastorno Obsesivo Compulsivo y fobia social) y que la dimensión de afecto positivo no era única de los trastornos del estado de ánimo, sino que también mostraba relaciones significativas negativas con la fobia social.

Aunado a ello, dichos autores encontraron que el factor de activación fisiológica emergía como un factor de orden subordinado y que no era característico de todos los trastornos de ansiedad, sino más bien representaba un componente único y específico del trastorno de pánico.

Estos hallazgos indicaban que las características principales de los trastornos de ansiedad y del estado de ánimo no podían ser colapsados de forma indiscriminada dentro de un “síndrome neurótico general”. No obstante parecía claro concluir que lo que era común en todos los trastornos poseía mayor peso que lo que no lo era. Por lo que estos investigadores sugirieron la formación de un *Modelo Jerárquico Integrativo*.

Este modelo posiciona al afecto negativo como factor de orden superior y considera que el mismo no se restringe a los trastornos de ansiedad y depresión, sino que también forma parte de otras patologías. De igual forma este modelo considera que el factor de afecto positivo no es único a la depresión sino que también es característico de la esquizofrenia, la fobia social y otros trastornos.

Aunado a ello Mineka et al. (1998) han argumentado que el tamaño de estos componentes, general y específicos, difiere de forma significativa de un trastorno a otro. Por ejemplo, se encontró que la Depresión Mayor y el TAG eran trastornos basados en un malestar general que de forma clara contenían una cantidad considerable del factor general de afecto negativo. En contraste, los demás padecimientos como la fobia social y la fobia específica poseían un componente más modesto de afecto negativo. Dicho hallazgo ha reforzado la idea de que depresión y ansiedad poseían más factores comunes que diferencias.

Estos hallazgos pueden proporcionar una base teórica más amplia respecto a la alta co-ocurrencia entre ansiedad y depresión. Además las dimensiones de afecto positivo y afecto negativo podrían utilizarse como variables predictoras de futuras patologías afectivas en un individuo. Adicional a ello, esta información incrementa el conocimiento acerca de las dimensiones centrales relacionadas con la ansiedad y la depresión, lo cual ofrece la posibilidad de mejorar la comprensión de la nosología para clasificar estos síndromes (Chorpita, 2002).

En relación a este último punto, Watson (2005) afirma que existe evidencia suficiente para proponer un nuevo modelo nosológico cuya base se fundamente en una estructura que refleje las similitudes actuales de los diferentes trastornos de

ansiedad y depresión y que se adapte mejor a los datos encontrados en la investigación. Por lo que propone un nuevo modelo denominado *Modelo Jerárquico Cuantitativo*.

En dicho modelo tanto los trastornos de ansiedad como los del estado de ánimo se agruparían en una categoría general denominada "*Trastornos Emocionales*", la cual estaría conformada a su vez de tres subclases: 1) *trastornos del miedo*, en donde estarían ubicados el ataque de pánico, la agorafobia, la fobia social y la fobia específica; 2) *trastornos bipolares*, lo cuales contendrían el trastorno bipolar I, el trastorno bipolar II y la ciclotimia; y 3) *trastornos de malestar general*, en donde se agruparían el trastorno depresivo mayor, la distimia, el TAG y el trastorno por estrés post-traumático.

De esta manera, el problema de la frecuente co-ocurrencia entre los trastornos del estado de ánimo y los trastornos de ansiedad quedaría subsumido por la simple adición de un factor de orden superior vinculado a ambos tipos de trastornos, el factor de los trastornos emocionales.

Una observación importante que Watson (2005) realiza con este modelo es que, debido a que se ha encontrado un estrecho vínculo entre los trastornos del estado de ánimo y el TAG (tanto fenotípicamente como genotípicamente) y a que se ha encontrado que poseen una diátesis genética común, así como una respuesta al tratamiento farmacológico similar, el TAG necesita posicionarse en una nueva agrupación a lado del trastorno depresivo mayor y el trastorno distímico, pues todos ellos reflejan un componente de malestar subjetivo general, además de poseer un componente importante de afectividad negativa.

De tal forma que un modelo de este tipo comunicaría de forma efectiva los patrones de comorbilidad observados en la práctica clínica diaria, pero a su vez ayudaría a comprenderla de una forma más fácil, pues los síndromes que se encuentran fuertemente correlacionados se localizarían dentro de un mismo grupo, mientras que los síndromes menos relacionados se colocarían en diferentes clases.

En consecuencia un modelo como el propuesto por Watson puede facilitar el desarrollo de una nueva taxonomía para los trastornos de ansiedad y depresión, cuya base sea el proceso etiológico que les subyace y no un mero consenso clínico.

3.4 Diátesis etiológica de los trastornos de ansiedad y depresión

La experiencia de las últimas décadas ha fortalecido las especulaciones respecto a que el desarrollo de la ansiedad, los trastornos de ansiedad, la depresión y los trastornos emocionales relacionados (como los trastornos alimenticios, trastornos somatomorfos o los trastornos disociativos) comparten un conjunto de vulnerabilidades o diátesis. Un amplio cuerpo de investigación apoya la idea acerca de que los trastornos de ansiedad y del estado de ánimo poseen una diátesis etiológica común, la cual se ha resumido de forma reciente en la forma de un modelo denominado *“Teoría de la triple vulnerabilidad”* descrita por Barlow (2002).

La mencionada teoría se compone de una vulnerabilidad biológica generalizada, una vulnerabilidad psicológica generalizada y una vulnerabilidad psicológica específica, cuyo punto emergente se encuentra en el aprendizaje temprano de cada persona.

Esta teoría se centra en la ansiedad y los trastornos del estado de ánimo unipolares (el Trastorno Depresivo Mayor y la Distimia). Sin embargo bien puede aplicarse a todo el campo de la psicopatología en donde el afecto negativo represente un papel funcional. De esta manera, padecimientos como el trastorno bipolar, los trastornos somatomorfos, los trastornos disociativos, los trastornos relacionados con la ira y los trastornos alimenticios pueden aplicar estos mismos principios (Barlow et al., 2004).

- *Vulnerabilidad Biológica generalizada: Contribuciones genéticas.*

El primer elemento de este conjunto de vulnerabilidades o diátesis se refiere a las contribuciones genéticas que corresponden a una vulnerabilidad biológica general para el desarrollo de la ansiedad y el afecto negativo.

El consenso general es que la ansiedad y los trastornos emocionales relacionados (tales como la depresión) poseen una base genética común, y los factores ambientales son los que mejor explican las diferencias específicas entre estos trastornos (Kendler, 2004)

No existe evidencia confirmada hasta la fecha acerca de la existencia de un “gen de la ansiedad” específico. En lugar de ello, son varios genes en diferentes áreas de los cromosomas los que parecen contribuir débilmente a una vulnerabilidad biológica general para desarrollar ansiedad (Barlow, 2002).

De esta manera, uno puede heredar la tendencia a ser “nervioso”, o dicho de otra manera a ser muy reactivo biológicamente a los cambios ambientales. Esta reactividad constituye una vulnerabilidad biológica general para desarrollar ansiedad *sólo si* las vulnerabilidades psicológicas apropiadas se coordinan de forma adecuada. Inclusive Barlow (2002) refiere que esta contribución genética inespecífica puede subyacer también a los estados emocionales inestables en general y que también incluye los estados de afecto positivo. Pero es más probable que se limite más a los estados de afecto negativo.

De esta manera en ausencia de una diátesis psicológica, el individuo con esta vulnerabilidad biológica inespecífica presumiblemente no desarrollará ansiedad u otros estados emocionales negativos más adelante en su vida. En cambio manifestará tendencias a ser muy emotivo o a presentar respuestas muy exageradas al estrés.

- Vulnerabilidad psicológica generalizada:

Barlow sugiere que las experiencias tempranas de falta de control producen una vulnerabilidad psicológica que predispone a la persona a experimentar estados crónicos de afecto negativo y psicopatología. Por lo que de acuerdo con el mismo autor, al centro de la compleja estructura de la ansiedad y la depresión se encuentra la sensación de falta de control e imposibilidad para predecir.

Pero, ¿qué es lo que produce este sentido de incontrolabilidad en los individuos ansiosos y/o depresivos?

Antes de responder a esa pregunta, es importante aclarar cómo se desarrolla este sentido de control en las personas.

El control se define como la capacidad para manipular variables con la finalidad de obtener un resultado deseado (Bogiaizián, 2004).

De acuerdo con Salas-Auvert (2008) este sentido de control se desarrolla de manera paulatina a través del desarrollo del individuo y comienza con la relación del niño con sus figuras de apego. Debido a la indefensión del niño en los primeros años de su vida, casi la única forma de obtener control sobre su ambiente es a través de las personas que le cuidan. En este sentido, el niño aprende hasta qué punto puede controlar las conductas de la figura de apego mediante su propia conducta, es decir, el niño aprende que puede influenciar en su padres para satisfacer sus necesidades o deseos y que sus comportamientos tienen un efecto previsible en otros. Es así que el menor aprende a tener sentido de control y predecir la conducta de los demás.

Además Shear (1991) menciona que existe una conexión específica entre la dimensión psicológica de control y las experiencias tempranas de los niños con sus padres. Entonces, ¿cuáles son algunas de las conductas de los padres que facilitan o inhiben el desarrollo del sentido de control en sus hijos?

En referencia a esta interrogante, Hernández-Guzmán (1999) refiere que la calidad de las relaciones familiares, las pautas de apego percibidas por los niños y los estilos de crianza empleados por los padres se relacionan con el ajuste personal, escolar y/o social del menor. Además, estas mismas variables se relacionan con el desarrollo de la psicopatología infantil en general, y con los trastornos de ansiedad en particular.

Existen estudios que han mostrado que cuando los padres de forma repetida son inaccesibles, insensibles o inconscientes de las necesidades físicas y psicológicas del niño, éste aprende a percibir los eventos como fuera de su control y

previsibilidad. La percepción de falta de control en los infantes también surge cuando los padres desarrollan un estilo parental sobreprotector, invasivo y dominante (Salas-Auvert, 2008).

Al contrario, los padres que de manera común ofrecen a sus hijos oportunidades para ejercer control sobre su ambiente y para que desarrollen habilidades nuevas para afrontar las demandas ambientales contribuyen a que el menor desarrolle un sentido de control y predicción adecuados (Chorpita & Barlow, 1998).

A los estilos de interacción padres-hijo puede agregarse también el modelamiento por parte de los padres a los hijos. Esto es, las actitudes y conductas que los padres moldean para sus hijos puede representar otra forma en la que los niños aprendan a percibir diferentes grados y tipos de control (Salas-Auvert, 2008).

De esta forma se puede afirmar que las experiencias de control y dominio durante el desarrollo del individuo conllevan a consecuencias a largo plazo para el desarrollo de la ansiedad, la depresión y conductas de afrontamiento. Por lo que, la instilación de un sentido de control o dominio durante el desarrollo de una persona parece fungir como elemento protector en contra de la posibilidad de desarrollar una respuesta ansiosa o depresiva.

Seligman (1971) asevera que el niño aprende a afrontar desde pequeño y que de acuerdo con el éxito que tenga al controlar las situaciones ansiosas podrá o no manejar con éxito las situaciones que se le presenten. De acuerdo a la forma en la que el niño haya aprendido a controlar aquellas situaciones que generan ansiedad, a) se percibirán más controlables a futuro, b) se evaluarán de forma positiva o negativa y, en consecuencia, c) se responderá de forma adaptativa o no.

A lo largo de su vida las personas se esfuerzan por ejercer cierto grado de control sobre los hechos que consideran importantes, lo que en la mayoría de las ocasiones los lleva a realizar sus objetivos. Si por el contrario, la persona siente que no posee control sobre aquellos eventos, generará con frecuencia estados de desesperanza, indefensión y ansiedad, lo que en repetidas ocasiones inhabilitará a la persona a llevar a cabo sus objetivos.

De acuerdo con Seligman (1975) este estado de indefensión resulta de la expectativa de que las respuestas emitidas por la persona no pueden controlar los resultados. De esta manera, cuando los individuos se enfrentan a eventos negativos de forma reiterada, desarrollan la creencia de que ellos no tienen control sobre su ambiente. Estos sentimientos de impotencia causan que los individuos cesen de actuar sobre su entorno o de intentar hacerlo. Así, los fracasos o las deficiencias percibidas por los individuos serán apreciadas como indicadores de una incapacidad para hacer frente a eventos negativos impredecibles e incontrolables (Barlow, 2002).

Así, las experiencias relacionadas con un sentido de control disminuido pueden fomentar un estilo cognitivo caracterizado por una alta probabilidad de interpretar o procesar eventos subsecuentes como fuera del control de la persona.

En resumen, cuando existen antecedentes de falta de control en las experiencias tempranas, se facilita el camino para el desarrollo de ansiedad y/o depresión (Chorpita & Barlow, 1998). Pero la adquisición de esta vulnerabilidad psicológica de manera aislada tiene poca probabilidad de producir un trastorno. Por lo que es necesario una sinergia de vulnerabilidades biológicas y psicológicas para que con mayor probabilidad se desarrollen dichos padecimientos (Barlow, 2002).

- *Vulnerabilidad Psicológica específica*

El aprendizaje en relación a que ciertas situaciones, objetos o estados somáticos internos son potencialmente dañinos, aún cuando de forma objetiva no lo sean, complementan este conjunto de vulnerabilidades para el desarrollo de ansiedad y depresión.

Estas experiencias de aprendizaje se adquieren en su mayor parte durante las primeras experiencias de vida. Muchas de ellas surgen a través de la observación que el individuo realiza acerca de los temores que sus padres o cuidadores presentan hacia ciertos objetos o situaciones, e incluso que los mismos padres les transmiten (por ejemplo, temor hacia ciertos animales, el daño potencial que puede

conllevar el experimentar sensaciones somáticas o el peligro que conlleva no presentar un buen comportamiento ante los demás y ser desaprobado por ello).

Por lo que estas experiencias específicas de aprendizaje focalizan la ansiedad en situaciones u objetos que determinan si un individuo vislumbra sensaciones somáticas, pensamientos intrusivos o evaluaciones sociales como especialmente peligrosos. Estos focos específicos de ansiedad representan los síntomas específicos de cada trastorno. Sin embargo y a pesar de su relevancia, pueden considerarse manifestaciones triviales de un síndrome subyacente más amplio (Wilamowska et al., 2010).

Es evidente que la investigación respecto al campo clínico y etiológico de los trastornos de ansiedad y depresión continuará. Sin embargo, los datos hasta ahora evaluados y los modelos encontrados acerca de la estructura de estos trastornos abren un panorama nuevo que permite vislumbrar la importancia primordial que poseen los factores comunes entre estos padecimientos en su génesis y presentación sintomática más que sus diferencias (Barlow et al., 2004). Esto a su vez, amplía nuestro entendimiento hasta ahora limitado respecto a la etiología de estos trastornos y abre la posibilidad de crear un sistema de clasificación basado en estos datos más que en un mero consenso clínico. Por lo que una reorganización de la clasificación de estos padecimientos, en la cual se enfatice la afinidad entre estas dos categorías, respondería mejor a la gran mayoría de las necesidades y problemáticas tanto diagnósticas como de tratamiento que se presentan de forma común en la práctica clínica.

CAPÍTULO 4

TRATAMIENTO COGNITIVO CONDUCTUAL PARA LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN

4.1 Protocolos de tratamiento específicos a un diagnóstico

De forma común, la psicología se ha reconocido como una profesión orientada al cuidado de la salud mental. Aún cuando los psicólogos realizan una serie de contribuciones en diferentes áreas, quizá la actividad más identificada se ubica en el tratamiento de la patología física y psicológica mediante las intervenciones psicológicas (Barlow, 2004).

A lo largo del tiempo y con el surgimiento de diversas estrategias para mejorar el impacto en las intervenciones psicológicas, se ha dado pie a la construcción de múltiples manuales y protocolos para el tratamiento de los diversos padecimientos mentales.

En el caso de los manuales de tratamiento para los trastornos emocionales sus estrategias de tratamiento se derivaron en primera instancia de teorías pertenecientes al aprendizaje, al desarrollo y la regulación emocional y tiempo más tarde, de la ciencia cognitiva. Ya en la década de 1980, los investigadores comenzaron a centrarse en mecanismos de acción y teorías del cambio conductual (Barlow et al., 2004).

Aunado a ello la terapia cognitiva, desarrollada en primera instancia para la depresión, se convirtió también en una herramienta fundamental para el tratamiento de los trastornos de ansiedad. A partir de ese momento, una gran variedad de protocolos cognitivos conductuales han surgido con el fin de tratar de forma eficaz los diversos trastornos de ansiedad y depresión.

Muchos de estos protocolos basan sus principios de tratamiento en modelos cognitivos que enfatizan constructos considerados únicos a cada trastorno. Por lo que tienden a adoptar una perspectiva de tratamiento específica a cada trastorno (Clark & Taylor, 2009). Así pues contienen estrategias tales como la reestructuración

cognitiva, el entrenamiento en habilidades de afrontamiento y, en donde sean necesarios, procedimientos de exposición dirigidos a los síntomas específicos de cada psicopatología (Barlow et al., 2004).

Aún cuando se ha demostrado la eficacia de estos tratamientos, la controversia y el debate respecto a algunas de sus limitaciones han obtenido mayor atención durante los últimos años (Clark & Taylor, 2009; Wilamoska et al., 2010).

Una de estas limitaciones hace referencia a la cantidad de manuales realizados para cada padecimiento. Múltiples manuales y protocolos se han desarrollado para cada trastorno del DSM. Lo cual conduce a dificultades al momento de elegir entre todos ellos para tratar a un paciente (Wilamowska et al., 2010).

Otra de las limitaciones alude al manejo de la comorbilidad diagnóstica por parte del terapeuta. De acuerdo con Wilamowska et al. (2010), cuando un clínico finaliza su entrenamiento para el manejo de alguno de estos protocolos especializados en un solo trastorno, sólo se encuentra capacitado para tratar ese trastorno en específico. Por lo que muy probablemente poseerá varias deficiencias cuando intente hacer frente a patrones de traslape diagnóstico que el paciente pueda presentar. Por ello es fácil pensar que si el paciente presenta co-ocurrencia con otros trastornos, los resultados se limitarían a un resultado pobre y lejano a los objetivos reales esperados al tratar a ese paciente (Del Palacio, 2007).

En la actualidad no hay datos que demuestren que es mejor un tratamiento basado en un manual que otro cuando hay comorbilidad. Sin embargo, en la mayoría de los casos comórbidos se utilizan tratamientos secuenciados o se hace uso de diferentes manuales para distintos diagnósticos de modo paralelo (Del Palacio, 2007). Lo que suele conllevar un tratamiento de más larga duración para el paciente.

Aunado a esto McEvoy et al. (2009) afirman que los manuales específicos al diagnóstico son de difícil manejo en términos de las demandas de entrenamiento y coste. De manera específica, los recursos en muchos ámbitos clínicos no se pueden extender con el fin de adquirir y entrenar a los especialistas en salud mental en todos los protocolos relevantes específicos a cada diagnóstico. En referencia a este punto

Allen, McHuhg y Barlow (2008) mencionan que para que un especialista de la salud mental se encuentre lo suficientemente capacitado y familiarizado con los diversos protocolos se requiere de un entrenamiento exhaustivo. En consecuencia, la cantidad de tiempo requerida para que el clínico integre estos protocolos a la práctica clínica sería más largo. Esto en muchas ocasiones se traduciría en limitaciones de servicios para los pacientes.

Por último, el marcado énfasis que los manuales terapéuticos realizan respecto a los procesos específicos de los trastornos puede disminuir la eficacia y eficiencia del tratamiento (Clark & Taylor, 2009). De acuerdo con Ferro y Vives (2004) la *eficacia* hace referencia a la capacidad que tiene un tratamiento de producir cambios psicológicos en la dirección esperada, que sean claramente superiores a los de la no intervención, a los de otros tratamientos estándar disponibles o incluso a los de algunos de sus componentes aislados. Por su parte, la *eficiencia* se refiere a la relación coste/beneficio de la propia intervención, por lo que un tratamiento será eficiente cuando se obtengan mayores beneficios y menores costes que con otras terapias (Perelló, Martínez, & Llorens, 2001).

En relación a este punto, Clark y Taylor (2009) mencionan que esta posible carencia de eficacia y eficiencia se debe en mayor medida a una limitación importante que los protocolos centrados en un diagnóstico específico poseen: su descuido para tomar en cuenta las características comunes o compartidas a lo largo de diversos padecimientos mentales.

En resumen, estos protocolos han resultado ser una herramienta muy útil para el tratamiento de la psicopatología. Sin embargo, la evidencia muestra que sería conveniente la realización de ajustes a estos protocolos de intervención para que proporcionen tanto al clínico como al paciente una mayor utilidad clínica.

4.2 Protocolos unificados transdiagnósticos

En respuesta a estos problemas y en concordancia con la evidencia de que ansiedad y depresión presentan más similitudes que diferencias, se ha propuesto el desarrollo de *Protocolos Unificados con enfoque transdiagnóstico* para el tratamiento

de estos padecimientos (Allen et al., 2008; Barlow et al., 2004; Barlow et al., 2011a; Ellard et al., 2010; Wilamoska et al., 2010).

- *¿Qué es un Protocolo Unificado? ¿cuáles son sus características?*

Un Protocolo Unificado es un programa de tratamiento que se basa en los principios de la terapia cognitivo-conductual tradicionales tales como la extinción del aprendizaje a través de la prevención de la evitación, la exposición conductual y la identificación y modificación de cogniciones desadaptativas (Ellard et al., 2010).

Es *unificado* porque posee un conjunto de principios terapéuticos comunes y efectivos para una gran variedad de trastornos mentales. Es decir, aplica los mismos principios de tratamiento a diferentes trastornos psiquiátricos sin adaptar el protocolo a diagnósticos específicos (Barlow et al., 2011a).

- *¿Por qué es transdiagnóstico?*

Adquiere esta característica debido a que se ha diseñado para ser efectivo para tratar todos los trastornos de una o más clases diagnósticas, pues hace énfasis en las similitudes entre esos trastornos (Barlow et al., 2011a). De acuerdo con Clark y Taylor (2009) estos protocolos se han desarrollado con el fin de dirigirse a los procesos cognitivos y conductuales que participan de forma transdiagnóstica a lo largo de diferentes trastornos psicológicos. En consecuencia este tipo de tratamiento se convierte en una herramienta de mayor relevancia para aquellas personas que poseen diagnósticos clínicos comórbidos (Mansell et al., 2009).

El foco de atención de este tipo de tratamiento se encuentra en los factores comunes subyacentes de los trastornos, lo cual refleja avances científicos hacia concepciones más dimensionales de la psicopatología. Por tanto representa un movimiento alejado de la división diagnóstica extrema la cual ha resultado en la proliferación de varios tratamientos específicos para cada diagnóstico (Ellard et al., 2010).

Además de ello, este nuevo enfoque de tratamiento ayuda a resolver muchos de los problemas derivados de la comorbilidad diagnóstica, los diagnósticos NE y las

presentaciones subumbrales que a menudo se encuentran en la práctica clínica, lo cual permite una planeación de tratamiento simplificada y más centrada en las necesidades del paciente (Ellard et al., 2010).

- *Principales ventajas de un tratamiento unificado transdiagnóstico:*

Dada la gran cantidad de evidencia respecto a que los trastornos emocionales comparten factores etiológicos y fenomenológicos, los tratamientos que se dirijan hacia estas variables comunes pueden representar los recursos más efectivos y eficientes para disminuir los riesgos y factores de mantenimiento de los trastornos primarios y comórbidos (McEvoy et al., 2009).

De acuerdo con McEvoy et al. (2009) algunas de las principales ventajas de los tratamientos unificados transdiagnósticos son:

- Al dirigirse a las características y factores en común que poseen los trastornos, estos tratamientos pueden facilitar aún más la generalización de los efectos del tratamiento a los padecimientos co-ocurrentes.
- De esta manera los tratamientos unificados son más eficientes en el tratamiento de condiciones comórbidas que el tratamiento secuencial de cada trastorno.
- La identificación de las características en común que los pacientes presenten, aún cuando se trate de diferentes diagnósticos, podría beneficiarse de manera importante en el contexto de la terapia de grupo. Pues podrían formarse los grupos con base en las características comunes entre los pacientes más que en su diagnóstico clínico.
- La aproximación transdiagnóstica incrementa la flexibilidad de los clientes para identificar y enfrentar una variedad de cogniciones y conductas problemáticas que pueden contribuir ya sea a una o varias respuestas emocionales (p. ej. Ansiedad o tristeza).

Aunado a esto, Clark y Taylor (2009) también mencionan que:

- Los protocolos transdiagnóstico pueden ayudar a reducir el elevado costo y la escasa disponibilidad de los terapeutas para entrenarse en varios protocolos de tratamiento centrados en un diagnóstico específico.
- Con un tratamiento unificado transdiagnóstico el clínico no tendría que esforzarse por determinar cuál de todos los diagnósticos que posee el cliente es el principal. El trabajo del terapeuta sería identificar aquellos patrones cognitivos y conductuales desadaptativos del paciente con el fin de ayudarlo a desarrollar estrategias que le permitan responder y enfrentar sus dificultades de forma más adaptativa.

En conclusión este nuevo enfoque puede convertirse en una modalidad de tratamiento más eficiente, efectiva y práctica cuya diseminación se facilitaría sobre la multitud de manuales diagnósticos que existe en la actualidad.

4.3 La propuesta

A lo largo de los últimos años se ha avanzado en el diseño de tratamientos psicológicos para los trastornos de ansiedad y depresión. Sin embargo, basados en los numerosos hallazgos en referencia a las similitudes subyacentes entre estos padecimientos, Barlow et al. (2011a) han desarrollado un tratamiento unificado transdiagnóstico aplicable a todos los trastornos de ansiedad y del estado de ánimo a los cuales en conjunto denominan *trastornos emocionales*.

La eficacia de este protocolo se ha demostrado mediante algunos estudios en los cuales se muestran efectos significativos de pre a post- tratamiento. Estos efectos se reflejan en una variedad de medidas tales como: reducción de la severidad clínica tanto del trastorno principal como de los trastornos co-ocurrentes, puntajes de ansiedad y depresión, afecto negativo y medidas de interferencia de los síntomas en el funcionamiento del paciente (Ellard et al., 2010).

De esta manera, este protocolo se puede convertir en una herramienta aún más eficaz y eficiente que los tratamientos actuales dirigidos a diagnósticos específicos.

Ésto debido a su énfasis en las similitudes etiológicas, el traslape de características fenomenológicas, los procesos cognitivos y conductuales transdiagnósticos, así como la estructura latente entre ansiedad y depresión. Además estos aspectos sirven como puntos clave para realizar los cambios terapéuticos.

De acuerdo con Hernández-Guzmán et al. (2010) un tratamiento que reúna las características que subyacen a este protocolo es funcional sobre todo cuando un individuo sufre de algún trastorno primario de ansiedad y además presenta comorbilidad con otros trastornos emocionales.

Es por ello que la presente propuesta presenta estrategias terapéuticas basadas en los principales componentes terapéuticos que subyacen el protocolo de Barlow et al. (2011). A través de estas estrategias el psicólogo tendrá un panorama general respecto a la estructura de un tratamiento unificado transdiagnóstico y será capaz de brindar intervenciones con un mayor alcance clínico.

4.3.1 Componentes Terapéuticos

Se ha identificado cuatro componentes terapéuticos fundamentales, cuyo objetivo es ayudar a los pacientes a aprender a confrontar, tolerar y responder a sus emociones de una forma más adaptativa (Barlow et al., 2011):

- 1) Psicoeducación
- 2) Modificación de los antecedentes cognitivos de apreciación
- 3) Prevención de la evitación emocional y generación de conductas alternativas
- 4) Exposición a las emociones

Antes de describir las estrategias terapéuticas de cada uno de estos componentes, es necesario revisar principios básicos que el terapeuta debe conocer para tener una mejor comprensión acerca del funcionamiento de este tratamiento.

4.3.2 Principios básicos que subyacen el tratamiento

La investigación en regulación emocional provee una perspectiva para el tratamiento de la ansiedad y los trastornos del estado del ánimo, los cuales son en esencia *trastornos de la emoción*.

En consecuencia un concepto importante para comprender dichos trastornos es el de *regulación emocional*. Éste término hace referencia a todas aquellas estrategias que una persona utiliza para influir en la ocurrencia, experiencia, intensidad y expresión de una variedad de emociones (Barlow et al., 2011).

De acuerdo con Gross (2007) la regulación emocional desempeña un papel fundamental en la fenomenología de la ansiedad y los trastornos del estado de ánimo. Lo que se ha encontrado es que las personas con estos trastornos a menudo utilizan estrategias de regulación emocional desadaptativas que contribuyen a la persistencia de su sintomatología. Las estrategias desadaptativas que con mayor frecuencia usan las personas con trastornos emocionales son la evitación o la supresión. Las personas emplean tales tácticas en un intento por disminuir la persistencia de sus emociones desagradables. Este patrón de respuesta emocional conduce a lo que se denomina “ciclo vicioso” debido a que el individuo, al no obtener los resultados deseados mediante estas estrategias, incrementa sus intentos para suprimir o evitar las emociones desagradables, lo que finalmente contribuye a aumentar la intensidad de su malestar y, por lo tanto, al mantenimiento de sus síntomas (Barlow et al., 2011).

4.3.3 Formulación del caso

Una vez que se comprende los procesos comunes subyacentes a los trastornos emocionales, éstos se utilizan para guiar la formulación del caso a fin de poder trabajar los factores que mantienen dichos padecimientos a lo largo del tratamiento.

Por lo que antes de comenzar el tratamiento con el paciente es primordial organizar la información proveniente de la evaluación inicial. Asimismo es necesario

proponer una teoría individualizada acerca de los problemas que el cliente presenta, y de esta manera orientar la intervención (Caycedo et al., 2008).

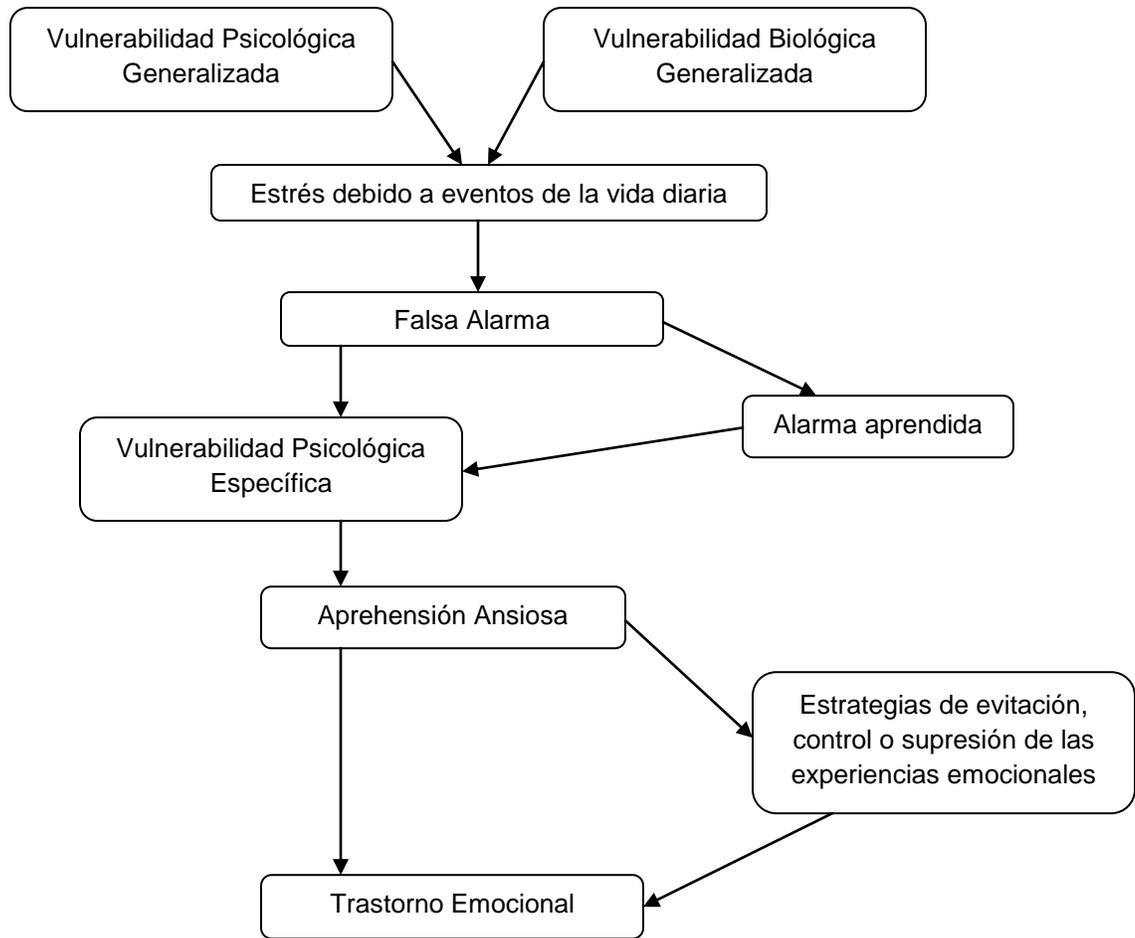
La *formulación del caso* es una metodología sistemática que permite proponer hipótesis verificables acerca de los mecanismos psicológicos y otros factores que causan y mantienen los problemas específicos del paciente (Persons, 2008).

De acuerdo con Virués-Ortega y Haynes (2005) la formulación del caso tiene implicaciones para el desarrollo de planes de intervención que respondan a las variables causales identificadas, para el logro de objetivos terapéuticos y para el desarrollo de modelos que permitan presentar una visión organizada de la información del paciente, así como para la identificación de variables causales relevantes y modificables.

Al desarrollar una conceptualización del caso individual, el terapeuta puede planear un tratamiento centrado en las necesidades particulares del paciente. En este contexto, el terapeuta puede comprender la problemática del paciente y a su vez éste puede comprender como sus dificultades y posibles soluciones se mantienen unidos (Grant & Townend, 2008).

Desde una perspectiva unificada Boisseau et al. (2009) plantean que la formulación del caso se centra en las formas en las que el paciente procesa y hace frente a sus experiencias emocionales. Esto mediante la identificación de pautas de respuesta comunes a lo largo de sus manifestaciones sintomáticas. De esta forma y mediante el uso de la teoría de la triple vulnerabilidad desarrolla un esquema para conceptualizar el caso de un paciente dado (véase esquema 1).

Después de que el clínico realiza una hipótesis inicial de la situación, la comparte con el paciente con el fin de realizar un trabajo en conjunto en el que se refine y expanda la comprensión del problema. Esta experiencia puede ayudar a los pacientes a percatarse que existen diferentes formas de comprender la naturaleza y el desarrollo de sus dificultades. Además puede incrementar la capacidad del paciente para generar soluciones a sus malestares (Sudak, 2006).



Esquema 1. Conceptuación del caso (Obtenido de Boisseau et al., 2009).

Es por ello que se considera indispensable que antes de comenzar el tratamiento se conceptúe el caso con el fin de que se haga más eficiente la labor del clínico. Pero no sólo eso, sino que también aumente la comprensión del paciente acerca de su problema y en consecuencia aumente su disposición hacia el cambio terapéutico.

4.3.4 PSICOEDUCACIÓN

Objetivo: Desarrollar en el paciente una mayor conciencia de sus experiencias emocionales y sus propios patrones de respuesta emocional con el fin de que comience a identificar aquellos factores físicos, cognitivos y conductuales que han contribuido al mantenimiento de su malestar.

Pautas para el terapeuta:

Educar al paciente acerca de la naturaleza y tratamiento de su padecimiento resulta de gran ayuda para el mismo, pues a través de ello el paciente adquiere un sentido de control que le permite comprender su problema y predecir mejor lo que sucederá (Salas-Auvert, 2008).

Para ello es primordial educar al paciente acerca de la naturaleza adaptativa y funcional de las emociones, tanto positivas como negativas (ansiedad, tristeza/depresión, ira, miedo).

Las siguientes definiciones propuestas por Barlow et al. (2011) pueden ayudar al terapeuta en este proceso:

- Ansiedad: Es una emoción orientada al futuro. Es una respuesta básica que se da en torno a la falta de control o impredecibilidad percibida sobre futuros eventos negativos o potencialmente peligrosos. Nos ayuda a mantenernos alerta y focaliza nuestra atención en posibles fuentes de daño o peligro con el fin de mantenernos preparados si es que sucede algo “que nos ponga en riesgo”.
- Tristeza/depresión: Es un estado de abatimiento y melancolía extremo acompañado de un sentido de desesperanza. Es una respuesta natural ante una pérdida de un ser querido o ante una dificultad personal para la cual las soluciones no resulten ser tan obvias. Nos muestra la necesidad de reducir nuestra actividad con el fin de guardar luto, impedir una pérdida

importante de energía y recursos y de esta manera el evento pueda ser procesado de forma apropiada.

- Miedo: Es un sistema de alarma natural. Se refiere a una respuesta básica ante el peligro. Nos señala la necesidad de prestar atención inmediata al evento o situación de peligro y actuar de forma rápida ante ella.
- Ira: Es una respuesta natural ante el maltrato percibido o el daño intencional percibido. Nos muestra la necesidad de incrementar nuestra actividad y maximizar nuestro esfuerzo para defender nuestra integridad o a algún ser querido. Con frecuencia la ira se dirige hacia el recurso o causa del daño.

El terapeuta debe ayudar al paciente a comprender que aún las emociones que él experimenta como peligrosas o desagradables desempeñan un papel adaptativo. Las siguientes preguntas pueden guiar al terapeuta en esta labor:

- ¿cuál cree usted que sea el propósito de la ansiedad (o tristeza, ira, miedo)?
- ¿por qué tendremos miedo (o ansiedad, tristeza, ira)?
- ¿por qué cree que necesitamos la tristeza (o miedo, ansiedad, ira)?
- ¿ha tenido alguna experiencia en la que alguna emoción negativa le haya sido útil? ¿en qué forma le ayudó?

Además, el terapeuta debe guiar al paciente con el fin de que éste vislumbre que las emociones funcionan como herramientas que proveen información del ambiente y que nos ayudan a comportarnos de cierta forma.

Ejercicios:

Después de una breve discusión acerca de las emociones el clínico ayudará al paciente a identificar las diferentes partes que componen una *experiencia emocional*: los aspectos fisiológicos, cognitivos y conductuales (Anexo 1).

Con el fin de que el paciente obtenga una mayor comprensión respecto de estos tres componentes se sugiere aplicar este modelo a una situación actual o evento que de forma reciente haya experimentado el paciente. El terapeuta ayudará al paciente

a desglosar su experiencia en estos tres componentes y a visualizar cómo es que interactúan entre sí. Para guiar esta última explicación el clínico puede hacer uso de flechas que indiquen la interacción entre estos componentes.

Es importante que a partir de este momento, el paciente empiece a monitorear sus emociones con el fin de que entienda cómo, dónde y por qué ocurren tales emociones. Una herramienta muy útil para realizar esta tarea es mediante el *Formulario de Seguimiento de las Reacciones Emocionales o ARC de las experiencias emocionales* (Barlow et al., 2011) (Anexo 2). Al llenar este formulario, el paciente podrá hacer conciencia de cómo funcionan sus emociones y la forma en que éstas influyen en sus conductas. De esta manera obtendrá poco a poco una mayor comprensión de sus propias experiencias emocionales.

Un aspecto fundamental en esta parte de la psicoeducación es instar al paciente a prestar atención a sus respuestas emocionales a partir de ese momento y durante todo el tratamiento terapéutico. Se debe explicar al paciente que ésta es una parte importante ya que muchas de las reacciones emocionales que presenta se basan en asociaciones de eventos o situaciones pasadas, o en la anticipación de consecuencias o resultados futuros (Barlow et al., 2011a). Por lo que resulta imprescindible “observar” sus experiencias emocionales tal y como estén sucediendo en ese momento.

Incluso se puede pedir al paciente que como ejercicio, al momento de presentar una emoción intensa o desagradable se haga las siguientes preguntas:

- ¿qué estoy pensando en este preciso momento?
- ¿qué sensaciones físicas estoy presentando ahora mismo?
- ¿qué estoy haciendo en este momento?

Este ejercicio también ayudará al paciente a identificar respuestas desadaptativas en cada dominio de su experiencia emocional.

Por último, es preciso también orientar al paciente respecto a las *respuestas aprendidas* y el *reforzamiento negativo*. Es decir, cómo es que las respuestas

conductuales del paciente (usualmente la evitación o el escape) ante una emoción desagradable o intensa se vuelven problemáticas a largo plazo aún cuando a corto plazo reduzca la intensidad de la emoción desagradable.

4.3.5 MODIFICACIÓN DE LOS ANTECEDENTES COGNITIVOS DE APRECIACIÓN

Objetivo: Incrementar la flexibilidad cognitiva del paciente.

Pautas para el terapeuta:

A partir de este componente terapéutico se empiezan a desglosar cada uno de los elementos de la experiencia emocional. El primero con el que se empieza a trabajar es el componente cognitivo.

Se enseña al paciente que la forma en que la persona evalúa o interpreta una situación ejerce una influencia sobre sus respuestas emocionales y su conducta, las que a su vez afectan la apreciación de nuevas situaciones (Hernández-Guzmán et al., 2010).

Se explica también que las experiencias de nuestro pasado muchas veces influyen en esa interpretación y que incluso a veces las utilizamos para interpretar situaciones futuras.

En este punto de la terapia es importante que se instruya al paciente respecto a la forma en que sus interpretaciones pueden influir en su estado de ánimo, pero que también sus emociones pueden influir el tipo de apreciaciones que se realicen en una situación dada:

Nuestros pensamientos pueden influir en nuestras emociones, y nuestras emociones pueden influir en nuestros pensamientos

Ejercicio:

Para que el paciente comprenda mejor esta relación recíproca el terapeuta puede dirigir el siguiente ejercicio durante la sesión:

Se le mostrará al paciente una imagen ambigua (p.ej. una lámina del Test de Apreciación temática [TAT]) durante al menos 30 segundos. Se le explica al paciente que se le mostrará una lámina con una imagen y que después de que el terapeuta retire la misma tendrá que identificar la primera interpretación o apreciación que se le venga a la mente acerca de la situación observada en la lámina.

Después de que el paciente haya dado su interpretación, el clínico puede realizar las siguientes preguntas con el fin de que comprenda los conceptos explicados con anterioridad:

- ¿cómo es que esa interpretación le hace sentir?
- ¿qué factores cree que contribuyeron a dicha interpretación? (p.ej., recuerdos pasados, situaciones similares a las de la imagen, aspectos específicos de la imagen, etcétera)
- ¿si usted se sintiera (triste, enojado, preocupado, etc.), cómo piensa que hubiera interpretado la situación de la imagen?

Después de este ejercicio el terapeuta debe guiar al paciente para que se dé cuenta que puede existir una gran variedad de interpretaciones para una misma situación. De esta forma el terapeuta comenzará a promover la flexibilidad cognitiva en el paciente. Para ello, el terapeuta le pedirá a la persona que le proporcione interpretaciones alternativas acerca de la imagen:

- ¿qué otra interpretación puede dar a este dibujo?
- ¿qué otra cosa podría estar sucediendo?

En este punto cabe aclarar que el objetivo de este ejercicio no es tratar de cambiar las interpretaciones que hace el paciente, sino ilustrar que a pesar de que hacemos interpretaciones automáticas existen otras interpretaciones que también pueden ser posibles.

De manera general, los pacientes con trastornos emocionales tenderán a realizar apreciaciones pesimistas o negativas de la imagen mostrada. Por lo que el siguiente punto será demostrar cómo es que ese tipo de apreciación se va generalizando hasta formar un estilo particular de evaluar los eventos.

El terapeuta debe guiar al paciente a que se dé cuenta que ese estilo particular de interpretar las situaciones o eventos limita su forma de pensar y excluye otras posibles interpretaciones más realistas y que esto a su vez contribuye a que su malestar se mantenga.

Ejercicio:

Con el fin de que el paciente comprenda la explicación anterior el terapeuta le ayudará a identificar su creencia principal mediante la cual rija sus interpretaciones y a comprender cómo esa creencia limita otras posibles apreciaciones de una situación. Para ello puede hacerse uso de la técnica de la flecha descendiente (Anexo 3).

Para finalizar esta parte del tratamiento se puede explicar que esas interpretaciones automáticas que hacemos con frecuencia se pueden convertir en “trampas del pensamiento”. Estas trampas tienden a mantener nuestras respuestas emocionales problemáticas. A su vez, limitan nuestra forma de pensar e inclusive nos impiden tomar en cuenta el contexto en el que nos encontramos.

Dos de las “trampas del pensamiento” que de forma común se encuentra en los pacientes con trastornos emocionales son:

- a) *Sobreestimación de la probabilidad*: Implica una sobreestimación de la probabilidad de que un acontecimiento negativo ocurra, aún cuando no exista evidencia o haya una probabilidad muy baja de que dicho acontecimiento suceda (Barlow et al., 2011).
- b) *Pensamiento catastrófico*: Entraña una sobreestimación del impacto negativo de un acontecimiento si llegase a ocurrir. La persona puede predecir de forma automática que lo peor ocurrirá sin tener en cuenta otros resultados posibles.

Además el individuo tiende a subestimar su habilidad para hacer frente a esa situación en caso de que llegara a ocurrir (Barlow et al., 2011)

❖ **Proceso de Reapreciación cognitiva**

Este proceso es una estrategia para modificar la forma en que el paciente experimenta la emoción (Barlow et al., 2011a).

Una de las formas de escapar de nuestras “trampas del pensamiento” es prestar atención a nuestras interpretaciones y no evaluarlas como verdades absolutas, sino como posibles interpretaciones de la situación.

Por lo tanto se exhorta al paciente a que en lugar de pensar de forma automática que lo peor puede suceder, considere también otras posibles evaluaciones de la situación. Las cuales estén situadas en el presente y en donde se considere el contexto actual.

Ejercicio:

Puede enseñarse la técnica de *paro de pensamiento* al paciente con el fin de que al momento de encontrarse ante alguna emoción desagradable, pueda formular otras posibles alternativas o explicaciones de la situación.

¿Cómo hacerlo?

1. Utilizar su interpretación automática como señal de que puede empezar a caer en sus trampas del pensamiento.
2. Ante esa señal decirse ¡Alto!
3. Entonces preguntarse, ¿qué otras posibles interpretaciones puede tener esta situación?

Incluso el paciente puede hacer uso de las tres preguntas que se le enseñaron con anterioridad (en la psicoeducación) para “observar” sus emociones y ubicarse en el tiempo y contexto de ese momento.

Además de este ejercicio, el terapeuta debe enseñarle al paciente algunas técnicas de reapreciación cognitiva mediante las cuales aprenda a re-evaluar sus apreciaciones automáticas y realice interpretaciones alternativas.

Algunas de estas técnicas que pueden utilizarse para este fin son:

▪ Evaluar la evidencia a favor y en contra:

Esta puede ser una estrategia muy útil para modificar el patrón de pensamiento de sobreestimación de la probabilidad. Puede hacerse de las siguientes maneras:

- a) A partir de la experiencia del paciente se hace una recolección de evidencias a favor y en contra de los pensamientos o interpretaciones automáticos planteados acerca de una situación.
- b) Diseñar un experimento para comprobar una hipótesis determinada: en paciente predice un resultado y se comprueba.
- c) Usar preguntas para que el paciente descubra errores lógicos en sus interpretaciones. Las siguientes preguntas pueden ayudar en esta labor (Bados & García, 2010):
 - ¿sabe con certeza que esa situación ocurrirá?
 - ¿está usted 100% seguro de que tendrá esas consecuencias?
 - ¿qué evidencia tiene de que eso le pueda suceder?
 - ¿qué ha sucedido cuándo se ha enfrentado a situaciones similares en el pasado? ¿ha sucedido lo que usted pensaba que le podía ocurrir?
 - ¿cuál sería la probabilidad real de que eso le sucediera?
 - ¿existen otras interpretaciones alternativas para ese suceso? ¿cuáles? ¿cuál es la probabilidad de estas otras interpretaciones? ¿cuál es la interpretación más probable?
 - El hecho de pensar que ese acontecimiento ocurrirá, ¿determina que ocurrirá?

▪ Descatastrofización:

Esta estrategia tiene como objetivo que el paciente se dé cuenta de que en realidad los acontecimientos no son tan “catastróficos” como él se los plantea. El terapeuta puede realizar cuestionamientos acerca de la duración de las consecuencias predichas, así como posibilidades de afrontamiento si dicha consecuencia se llevara a cabo (Bados & García, 2010):

- ¿Qué es lo peor que puede pasar?, ¿y lo mejor?
- Incluso si lo que piensa fuera verdad, ¿sería tan malo como parece?
- Si esa situación ocurriera, ¿cómo puede manejarla? ¿cómo podría enfrentarla? ¿qué soluciones tendría para afrontar esa situación?
- Esto que parece tan malo, ¿duraría para siempre?
- ¿ha sido capaz de enfrentar esta situación en el pasado? ¿qué tan malo resultó? ¿fue realmente tan terrible como lo pensaba?
- Si otra persona tuviera este pensamiento, ¿qué le diría usted para que afronte la situación?

Para finalizar esta parte del tratamiento se hace hincapié al paciente en que siga “observando” sus emociones y ponga atención especial en las trampas de su pensamiento con el fin de comenzar a aplicar fuera de las sesiones terapéuticas las estrategias y preguntas que se le han enseñado.

Es importante que el terapeuta esté atento de que estas estrategias sean practicadas por parte de los pacientes ya que este proceso de reapreciación cognitiva será fundamental para facilitar el proceso de exposición a las emociones que se realizará de forma posterior.

4.3.6 PREVENCIÓN DE LA EVITACIÓN EMOCIONAL Y GENERACIÓN DE CONDUCTAS ALTERNATIVAS

Objetivos:

- Que el paciente aprenda a identificar sus propias estrategias de evitación emocional y sus principales conductas desadaptadas.
- Que el paciente sea capaz de modificar sus patrones de respuesta emocional desadaptados hacia esquemas de respuesta alternativos.

Pautas para el terapeuta:

Como se vio con anterioridad, nuestras emociones nos proporcionan información acerca de nuestro entorno y nos motivan a actuar de un modo determinado. En general, estas conductas que derivan de nuestras emociones, poseen un rol adaptativo y nos permiten responder rápidamente a nuestro ambiente. Sin embargo, en diversas ocasiones estos comportamientos se convierten en problemáticos o desadaptativos, lo que contribuye al desarrollo y mantenimiento de desórdenes emocionales. ¿Pero cómo se lleva a efecto esta situación?

Para definir lo que constituiría un comportamiento adaptado o desadaptado debe tomarse en consideración el contexto específico en el que la conducta se presenta y las consecuencias con las que éste se asocia.

Así por ejemplo, la conducta de escapar o correr ante la presencia de un peligro real como puede ser un tigre, va de acuerdo con el contexto en el que la persona se encuentra y con las consecuencias asociadas ('si corro y escapo del tigre estaré a salvo'). Pero si por ejemplo, al ver un programa de televisión en el cual aparece un tigre respondo de la misma manera que cuando lo tengo presente, esta respuesta emocional ante el miedo del ataque del tigre no se encuentra en consonancia con el contexto en el que la persona se encuentra ni con las consecuencias asociadas con esa respuesta, pues al correr o alejarse del tigre proyectado en la televisión el individuo se encontrará en la misma condición que si permanece frente al televisor.

Por lo tanto, en este caso esa vivencia se experimenta como una *falsa alarma* que produce conductas menos adaptativas en esa situación en particular. Estas conductas a su vez disminuyen la intensidad de la emoción que la persona experimenta *sólo en ese momento*. En consecuencia el individuo aprende a realizar esas conductas peculiares para disminuir la intensidad de su emoción cada vez que ésta se presenta. Incluso en ocasiones la persona adopta comportamientos que le ayudan a evitar o a no enfrentarse a esa emoción.

El primer tipo de conductas que aprende la persona para disminuir la intensidad de su emoción se conoce como *comportamientos dirigidos por las emociones (EDBs*, por sus siglas en inglés) y hace referencia a todas aquellas acciones que realizamos en respuesta a nuestras emociones. El segundo tipo de comportamiento que se menciona, en donde la persona hace algo para no enfrentarse a su emoción, se denomina *evitación emocional* y hace referencia a todas aquellas estrategias que una persona utiliza con el fin de evadir emociones intensas o prevenir que sus emociones se vuelvan más intensas (Barlow et al., 2011a).

Dado el marco referencial anterior, el terapeuta debe trabajar con el paciente a fin de identificar este tipo de patrones de respuesta relacionados con sus emociones desagradables. A su vez, el terapeuta ayudará al individuo a obtener un mayor entendimiento de como estos comportamientos se vuelven problemáticos a largo plazo aún cuando a corto plazo disminuyan la intensidad de su emoción.

Con este fin, el terapeuta pedirá al paciente que relate alguna experiencia en la que alguna de sus emociones haya sido intensa o bien, el terapeuta tomará alguna experiencia previa que el paciente le haya relatado o le haya sucedido durante las sesiones. Las siguientes preguntas pueden servir de guía para este objetivo:

- ¿existe algún comportamiento que usted sienta que fue guiado por la emoción que tenía en ese momento?
- ¿cómo se sintió después de que llevó a cabo ese comportamiento?
- ¿qué otras cosas hace cuando su emoción es muy intensa?

- ¿qué ha sucedido en ocasiones subsecuentes en las que se encuentra en situaciones similares? ¿debido a las conductas que llevó a cabo la última vez, disminuye la intensidad de su emoción la siguiente vez que se enfrenta a una situación similar o la experimenta con la misma intensidad?

Ejercicios:

A) Identificar los efectos y consecuencias de la evitación emocional:

1. Se pide al paciente que describa una situación incómoda que haya tenido de forma reciente. Que describa qué pasó, qué emociones experimentó.
2. En seguida el terapeuta le pide al paciente que utilice cualquier estrategia para evitar pensar en esa experiencia por un cierto tiempo (al menos 2 ó 3 minutos). El terapeuta le indicará cuando pare de hacerlo.
 - ¿cómo le fue con este ejercicio?
 - ¿qué tan fácil le resultó no pensar en esa experiencia?

Con este ejercicio se busca que el paciente comprenda que los patrones de evitación tienden a incrementar la frecuencia e intensidad de las emociones que trata de parar o disminuir.

Seguido de esto, el terapeuta podrá ayudar al paciente a identificar sus propios patrones de evitación emocional a través de un listado en dónde incluya:

- Estrategias que le hagan sentirse mejor cuando se encuentra ante una situación que conlleva a una emoción intensa. Por ejemplo, evitar el contacto visual con alguien, intentar controlar la respiración, evitar tocar algunas cosas, etcétera.
- Estrategias que utilice para prevenir pensamientos y emociones negativos. Por ejemplo, tratar de distraerse mediante la lectura de un libro o ver televisión para no pensar de forma negativa; preocuparse excesivamente, forzarse a pensar de forma positiva, etcétera.
- Cualquier cosa que siempre lleve consigo o que haga antes de salir de algún sitio con el fin de no sentirse abrumado por sus emociones. Por

ejemplo, llevar siempre un teléfono celular, medicamentos, llevar lentes oscuros, entre otros.

B) Identificar EDBs y adoptar conductas alternativas:

Se debe instruir al paciente en que la forma más efectiva de cambiar la forma en que experimenta sus emociones es adoptar conductas alternativas que le ayuden a enfrentar su emoción, se puede realizar el siguiente ejercicio:

1. El terapeuta brindará algunos ejemplos de situaciones en las cuales una persona haga frente a algunas emociones desagradables. Entre los dos identificarán los EDBs de la persona en el ejemplo y discutirán las consecuencias a corto y a largo plazo que esa persona podría tener al adoptar esas conductas. Para finalizar se le pedirá al paciente que sugiera algunas conductas alternativas que la persona del ejemplo pueda llevar a cabo a fin de contrarrestar sus EDBs desadaptativos (Ver anexo 4 para ejemplo)
2. El paciente aplicará el mismo ejercicio pero ahora con un ejemplo de su vida y discutirá con el terapeuta las consecuencias que le ha conllevado utilizar esas conductas.
3. El paciente elegirá algunos de sus EDBs y estrategias de evitación emocional que le gustaría cambiar durante el transcurso del tratamiento. Después de ello elegirá conductas alternativas a sus actuales EDBs y se le instará a participar en situaciones que le conlleven emociones para las cuales pueda comenzar a aplicar estas conductas alternativas. El paciente podrá anotar estas conductas en un formato especial para ello (Anexo 5). Este procedimiento se complementará con el siguiente componente terapéutico que es la exposición. Algunos ejemplos de EDBs y sus comportamientos alternativos más comunes se presentan en la tabla 2.

Se debe alentar al paciente a seguir observando sus experiencias emocionales, pero además ahora deberá también tomar en cuenta sus apreciaciones automáticas, sus estrategias de evitación y sus EDBs. Aunado a ello se instará al paciente a

empezar a poner en práctica esos nuevos comportamientos que ha decidido cambiar.

Es importante que en las siguientes sesiones, se verifique y se discuta el progreso del paciente. Igual de relevante será discutir las dificultades por las que esté atravesando y exhortarle a seguir practicando la modificación de sus conductas desadaptativas por los EDBs alternativos que se propusieron. Así mismo será trascendental reforzar los esfuerzos realizados por el paciente.

Tabla 2. EDBs, Trastornos asociados y Conductas alternativas

EDBs	TRASTORNO ASOCIADO	CONDUCTAS ALTERNATIVAS
Llamar constantemente a familiares para verificar su seguridad	Trastorno de ansiedad generalizada	Disminuir el número de llamadas con los familiares
Comportamientos de perfeccionismo en el trabajo, escuela o en casa	Trastorno de ansiedad generalizada	Dejar las cosas en desorden o sin terminar
Abandonar cualquier área en donde haya mucha gente como el cine, un centro comercial, un centro religioso etc.	Trastorno de pánico con agorafobia	Dirigirse hacia el centro de la multitud y sonreír o no producir expresiones faciales de temor
Abandonar una situación social	Fobia social	Permanecer en esa situación y acercarse a las personas
Aislamiento social	Depresión	Activación conductual
Hipervigilancia	Todos los trastornos	Centrar la atención una tarea específica
Agredir física o verbalmente a alguien durante una discusión	Trastorno por estrés post-traumático	Alejarse de la situación y/ o practicar técnicas de relajación

4.3.7 EXPOSICIÓN A LAS EMOCIONES

Objetivo: Que el paciente aumente la tolerancia hacia sus emociones intensas o desagradables a través de la exposición a estímulos externos e internos que las desencadenen.

Pautas para el terapeuta:

Con el fin de que el paciente aprenda nuevas formas de respuesta ante sus emociones desagradables, es indispensable conducir ejercicios dentro de las sesiones terapéuticas para brindar de forma intencional este tipo de experiencia emocional.

Las técnicas de exposición implican una *presentación gradual, sistemática y controlada* de la persona ante aquellos estímulos que evocan las respuestas de temor o en este caso, las emociones desagradables del paciente. Estos ejercicios se denominan *exposiciones emocionales* debido a que el foco principal de dicha exposición se centra en la emoción y no en alguna situación, imagen o actividad en específico (Barlow et al., 2011a).

La idea de la exposición es romper con el “círculo vicioso” que se crea cuando el paciente evita de forma constante las situaciones que le producen emociones aversivas (Hernández-Guzmán et al., 2011). Esto significa que dichas intervenciones estarán dirigidas a que los pacientes experimenten sus emociones de forma plena y en donde no se permitirá las estrategias de evitación. Debido a ello, esta parte del tratamiento suele ser la más difícil para el paciente.

En consecuencia, el terapeuta debe proporcionar fundamentos clave mediante los cuales el paciente comprenda el propósito y la importancia de estos ejercicios. De esta forma será más factible que el paciente se comprometa a realizar los ejercicios tanto dentro como fuera de las sesiones de terapia.

Los siguientes puntos pueden servir como guía para este propósito:

- Los ejercicios de exposición representan una oportunidad para que ponga en práctica las habilidades que ha aprendido durante la terapia en el contexto de su vida cotidiana. De tal forma que, una vez que el tratamiento haya finalizado, sea capaz de confiar en su capacidad para manejar futuras emociones.
- La exposición es una de las formas más eficaces para que los cambios reales ocurran.
- Estos ejercicios le ayudarán a tolerar sus emociones desagradables y a disminuir su malestar.
- Esta técnica ayudará a someter a prueba sus pensamientos esto es, lo que piensa que puede suceder en realidad tiene muy poca probabilidad de ocurrir.
- La exposición le ayudará a desarrollar un sentido de control sobre aquellas situaciones que le produzcan emociones intensas.
- El terapeuta le brindará apoyo en la realización de estos ejercicios dentro de las sesiones.

También es importante que el terapeuta tome en consideración que la exposición emocional es fundamental para que:

- a) Las interpretaciones que posee el paciente acerca de la peligrosidad de una situación cambien a favor de apreciaciones nuevas y más adaptativas.
- b) El paciente se comprometa con el manejo de la situación y de esta manera las estrategias de evitación desaparezcan.
- c) El paciente reconozca sus EDBs con mayor facilidad y los modifique.

Ahora bien, los ejercicios de exposición pueden llevarse a cabo en dos tipos de contextos (Barlow et al., 2011):

1. Situaciones internas del paciente (p.ej., pensamientos, memorias o sensaciones físicas).
2. Situaciones externas al paciente que en la actualidad evite debido a las reacciones emocionales intensas que le producen.

Ejercicios:

Antes de iniciar con los ejercicios de exposición, es primordial que terapeuta y paciente trabajen juntos en la realización de *una jerarquía de situaciones* o eventos que el paciente evite con la finalidad de prevenir sus emociones desagradables. Esta jerarquía debe empezar con la situación más desagradable hasta la menos conflictiva. Para ello se le pedirá al paciente que indique el grado en el que evite la situación y el grado de malestar que experimenta en esa situación (Anexo 6).

❖ ***Exposición in vivo dentro del consultorio clínico:***

Después de que esta lista se haya realizado, el terapeuta y el paciente elegirán situaciones que realizarán con la técnica de exposición y las llevarán a cabo. Para ello debe tomarse en consideración lo siguiente:

1. Se recomienda que las primeras actividades a realizar sean aquellas que produzcan un nivel de malestar intermedio para el paciente. Por lo que es factible que se elijan aquellas actividades que se encuentren por arriba del nivel medio de la lista jerárquica del paciente. La exposición a eventos con un nivel bajo de malestar probablemente no serán muy útiles, pues no producirá una sintomatología con la intensidad suficiente que ayude al paciente a adquirir un nuevo aprendizaje. Es por ello que se sugiere que las actividades de exposición comiencen en un nivel intermedio de malestar.
2. El terapeuta debe alentar al paciente a poner en práctica las estrategias que ha visto a lo largo del tratamiento para poder hacer frente a sus emociones que experimentará durante el proceso de exposición.
3. Durante el ejercicio es muy importante que el terapeuta esté atento a cualquier intento de evitación por parte del paciente. Si esto sucede debe hacerse saber al paciente y re-direccionar la atención del mismo hacia esa emoción.
4. El terapeuta debe brindar confianza al paciente en la realización de la exposición y alentarle a continuar con la actividad a pesar del malestar que ello le esté causando.

5. Es esencial que el terapeuta brinde reforzamiento al paciente por la realización del ejercicio, aún cuando no haya concluido el mismo de manera satisfactoria.
6. Al finalizar el ejercicio, el terapeuta debe explorar la experiencia del paciente e invitarle a evaluar su vivencia :
 - ¿qué pensamientos y sensaciones físicas tuvo durante el ejercicio? Se recomienda que el paciente indique el nivel de malestar que presentó antes, durante y después de la experiencia. Esto con el fin de visualizar sus avances en exposiciones posteriores.
 - ¿fue la experiencia tan terrible como lo imaginaba?
 - ¿qué pudo aprender de la experiencia?
7. En caso de no haber completado la experiencia, debe ayudarse al paciente a analizar:
 - ¿qué sucedió?
 - ¿qué piensa que pudo haber pasado si hubiese continuado con la actividad?
8. Además el terapeuta deberá ayudar al paciente a re-evaluar sus pensamientos y exhortarle a realizar de nuevo el ejercicio.

❖ ***Exposiciones in vivo fuera de las sesiones terapéuticas:***

Un factor crucial para que el tratamiento tenga el éxito esperado es que el paciente continúe realizando ejercicios de exposición fuera de las sesiones terapéuticas.

Los ejercicios de *exposición "in vivo"* fuera de las sesiones terapéuticas proveerán al paciente un sentido de autonomía o agencia de su propio tratamiento, lo cual facilitará la transición del paciente hacia su independencia y a no depender del terapeuta.

Se debe diseñar también estas actividades en conjunto paciente-terapeuta.

De igual forma debe verificarse el progreso y la experiencia que haya tenido el paciente durante sus ejercicios de exposición llevados a cabo durante la semana. Debe prestarse particular atención a patrones de evitación emocional y posibles obstáculos que le impidan llevar a cabo con éxito la confrontación de su emoción.

Finalmente, el terapeuta debe siempre alentar al paciente a continuar con estos ejercicios, dentro y fuera de las sesiones, a pesar de las dificultades que ello conlleve. Además el terapeuta deberá invitar al paciente a retomar aquellas situaciones que no ha podido completar.

CAPÍTULO 5

CONCLUSIONES

De acuerdo a la literatura de investigación revisada se ha podido vislumbrar que el uso de los manuales de clasificación de los trastornos mentales como lo son el CIE-10 y el DSM-IV ha conllevado varios avances tanto en la investigación como en la práctica clínica. Una de las mayores ventajas que tales manuales han brindado es facilitar la comunicación entre clínicos, investigadores y el público en general. Además de que muchos de los protocolos terapéuticos y escalas de evaluación se encuentran basados en estos manuales. Sin embargo, las limitaciones de estos manuales de clasificación se han hecho cada vez más evidentes. De tal manera que varios clínicos e investigadores coinciden en que es preciso renovar la forma de estudiar, clasificar y tratar la psicopatología.

Es por ello que la propuesta de la presente tesis respecto a tomar una aproximación dimensional de clasificación y tratamiento de los trastornos mentales brinda una opción que responde y hace frente a varios de los inconvenientes que el enfoque categórico presenta en la actualidad. Tal es la necesidad que incluso el comité de revisión para la quinta edición del DSM ha propuesto la inclusión de este enfoque, el dimensional, en la nosología psiquiátrica.

Entre los problemas más sobresalientes que pueden ser abordados mediante esta aproximación se encuentran: la frecuente comorbilidad diagnóstica, los trastornos sub umbrales y NE, la cobertura clínica, la heterogeneidad en las presentaciones sintomáticas, la pérdida de información durante la evaluación diagnóstica y la multiplicidad de protocolos de tratamiento enfocados a trastornos específicos.

Sin duda una de las mayores ventajas del modelo dimensional que se ha podido vislumbrar a través de esta investigación es su sensibilidad para evaluar, tratar y diagnosticar la amplia gama de presentaciones psicopatológicas que puede existir; en donde el diagnóstico preciso del padecimiento mental no es de mayor relevancia que las características específicas del individuo. Lo que en consecuencia conllevaría

a una mayor utilidad clínica y a un incremento potencial de la validez de los manuales de clasificación diagnóstica.

Estos mismos hallazgos apoyan no sólo el argumento de dejar atrás las categorías diagnósticas discretas del DSM, sino también los protocolos de tratamiento psicológico específicos a cada diagnóstico en favor de un enfoque transdiagnóstico unificado para el tratamiento, no sólo de los trastornos de ansiedad y depresión, sino también para todos aquellos padecimientos cuya etiología responda a mecanismos comunes subyacentes.

La premisa sobre la cual se basan estos tratamientos transdiagnósticos es que las características comunes a lo largo de diversos trastornos superan las diferencias que pueden encontrarse entre ellos. De esta manera los tratamientos transdiagnósticos son más eficientes en el tratamiento de condiciones comórbidas que el tratamiento secuencial de cada trastorno.

Además, el tratamiento transdiagnóstico al encontrarse basado en posturas dimensionales, y al tomar en cuenta las diferencias individuales, está diseñado para ser sensible a la variada presentación de formas clínicas de los trastornos de ansiedad y depresión, independientemente del tiempo de evolución de los mismos. Pero a su vez también tiene la ventaja de poder aplicarse en pacientes en condiciones normales cuyas características, aún cuando no cumplan criterios para algún trastorno, afecten su calidad de vida.

Por lo que se puede decir que el Tratamiento Unificado que aquí se propone adquiere una relevancia importante no sólo para el tratamiento de los trastornos de ansiedad y depresión, sino también para todos aquellos síntomas que posean una alta afectividad negativa.

Respecto a los trastornos de ansiedad y depresión, la evidencia que sugiere que estos trastornos comparten diversos componentes (tanto cognitivos, conductuales, de respuesta al tratamiento, etiológicos y en su estructura latente) fortalece la necesidad de reestructurar la clasificación de estos padecimientos tendiendo a un modelo dimensional que tome en cuenta toda esta información. Es importante

señalar que, no obstante, habría que tomarse en consideración puntos de corte que permitan la toma de algunas decisiones clínicas, como el tipo de tratamiento (farmacológico, psicoterapéutico o ambos) e internamiento hospitalario.

En este sentido también es importante mencionar que algunas de las características del modelo categórico seguirán siendo relevantes tanto para el tratamiento como para la evaluación y el diagnóstico de la psicopatología. Un ejemplo de estas características es la que se mencionó con anterioridad, puntos de corte que ayuden a la toma de decisiones clínicas. Esta característica ayuda a que la comunicación entre clínicos, entre clínicos y pacientes así como con los familiares de los pacientes sea de una forma más eficaz. Pero también ayuda a llevar a cabo una atención clínica en hospitales, centros comunitarios y centros de salud mental más rápida con una gran cantidad de pacientes. Por lo que hay que tomar en cuenta también este tipo de características que en conjunto con un sistema dimensional provean de una intervención más eficiente en el ámbito clínico.

Ahora bien, respecto a las estrategias de tratamiento que se proponen en esta tesis cabe mencionar que, debido a que se encuentran basadas en el protocolo de Barlow et al. (2011), no se consideran propiamente un manual de tratamiento. Más bien se plantean como un acercamiento al enfoque transdiagnóstico que posee los principios fundamentales para tratar los padecimientos de ansiedad y depresión sobre el cual puedan basarse otros protocolos.

Aunado a ello cabe mencionar que los alcances de este tratamiento se fundamentan de forma principal en hallazgos de población adulta. Por lo que es conveniente que se realice más estudios en torno a muestras infantiles. Sobretudo que se pueda valorar la eficacia de los tratamientos transdiagnósticos en esta población e incluso que pueda realizarse adaptaciones de los protocolos unificados ya existentes en la población infantil y adolescente. Aunque es importante mencionar que este tipo de tratamiento también parece prometedor para este tipo de población. Esto debido a que las teorías dimensionales y transdiagnósticas ponen un énfasis especial en las características del desarrollo de los individuos.

Además de acuerdo con la literatura de investigación revisada durante esta indagación, no existen aún investigaciones que determinen la efectividad clínica de los tratamientos transdiagnósticos en relación a los protocolos dirigidos a un trastorno en específico. Por lo que se sugiere que la investigación futura se centre en este aspecto, y asimismo se pueda estudiar las diferencias existentes entre estos protocolos en variables tales como la satisfacción del paciente, la magnitud y durabilidad de los efectos, y la generalización de los efectos del tratamiento hacia los problemas no especificados como objetivos a tratar.

Para finalizar, es preciso hacer hincapié en que aún cuando la perspectiva categórica ha brindado varias ventajas, continuar el trabajo clínico sin tomar en consideración toda la evidencia hasta ahora encontrada que apunta hacia modelos más dimensionales de la psicopatología y que indica que las similitudes entre trastornos tienen un mayor efecto tanto en el diagnóstico, tratamiento y evaluación del paciente que sus diferencias, significaría un estancamiento en el ámbito de la psicopatología.

Además a pesar de la existencia de centros terapéuticos serios, especializados en el tratamiento de la ansiedad y la depresión en México, es preciso que la práctica de la psicología clínica en el tratamiento de estos padecimientos incluya protocolos transdiagnósticos con una perspectiva dimensional que permitan tratar no sólo a aquellos pacientes con trastornos más severos, sino también al alto porcentaje de población que presenta padecimientos menos graves.

Cabe resaltar también que este enfoque dimensional no sólo tiene alcance para el diagnóstico y tratamiento de los llamados trastornos mentales, sino que se extiende también al área de la prevención e intervención temprana de este tipo de padecimientos.

Por lo que este enfoque dimensional se presenta como una alternativa más eficiente para el ámbito clínico, el terapéutico y el de investigación.

En consecuencia se necesita un trabajo arduo en la divulgación de la perspectiva dimensional hacia todos los profesionales avocados a los problemas de salud mental con el fin de que la consideren tanto en la práctica clínica como en la investigación.

REFERENCIAS

- Agudelo, D., Buela, C., & Spielberg C. (2007). Ansiedad y depresión: El problema de la diferenciación a través de los síntomas. *Salud Mental*, 30(2), 33-41.
- Allen, L.B., McHugh, R.K., & Barlow, D.H. (2008). Emotional disorders a unified protocol. En D. H. Barlow (Ed.), *Clinical handbook of psychological disorders: A step-by-step treatment manual* (4ta. ed.) (pp. 216-249). New York: The Guilford Press.
- Alloy, L. B. & Abramson, L.Y. (1988). Depressive realism: Four theoretical perspectives. En L. B. Alloy (Ed.), *Cognitive processes in depression* (pp. 223-265). New York: Guilford Press.
- Andrews, G., Slade, T., & Issakidis, C. (2002). Deconstructing current comorbidity: data from the Australian National Survey of Mental Health and well-being. *The British Journal of Psychiatry*, 181, 306-314.
- Angold, A., & Costello, E. (2005). Epidemiología del desarrollo: La naturaleza del riesgo en los trastornos psiquiátricos. En L. Ezpeleta (Ed.), *Factores de riesgo en Psicopatología del Desarrollo* (pp. 21-48). Barcelona: Masson.
- Anton, J.M., Gálvez, S.N., & Esteban, S. R. (2007). Depresión y ansiedad. En Sociedad Española de Geriatria y Gerontología, *Tratado de Geriatria para Residentes*. (pp. 243-249). Recuperado de http://www.segg.es/tratadogeriatria/PDF/S35-05%2023_II.pdf
- Arbesú, J.A, González, V. M., & Torquero, F. (2006). *Depresión y ansiedad. Análisis de la prevalencia y su manejo en atención primaria*. Madrid: IM&C
- Argibay, J.C. (2006). Técnicas psicométricas. Cuestiones de validez y confiabilidad. *Subjetividad y Procesos Cognitivos*, 8, 15-33.

- Arias, B. (2008). *Desarrollo de un ejemplo de análisis factorial confirmatorio con LISREL, AMOS y SAS*. Trabajo presentado en el Seminario de actualización en Investigación sobre discapacidad SAID 2008. Universidad de Valladolid. Recuperado de <http://www.benitoarias.com/articulos/afc.pdf>.
- Asociación Americana de Psiquiatría. (1980). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (3ra. ed). Barcelona: Masson.
- Asociación Americana de Psiquiatría. (1987). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (3ra. ed. rev.). Barcelona: Masson.
- Asociación Americana de Psiquiatría. (1994). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (4ta. ed). Barcelona: Masson.
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2000). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (4ta. ed. rev.). Barcelona: Masson.
- Bados, A., & García, G.E. (2010). La técnica de la reestructuración cognitiva. Universidad de Barcelona, departamento de psicología. Evaluación y Tratamiento Psicológicos. Recuperado de <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/12302/1/Reestructuraci%C3%B3n.pdf>
- Barlow, D. H. (2002). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic* (2da. ed.). New York: Guilford Press.
- Barlow, D. H. (2004). Psychological treatments. *American Psychologist*, 59(9), 869-878.
- Barlow, D. H., Allen, L. B., & Choate, M. L. (2004). Toward a unified treatment for emotional disorders. *Behavior Therapy*, 35(2), 205-230.
- Barlow, D. H., Ellard, K. K., Fairholme, C. P., Farchione, T. J., Boisseau, C. L., Allen, L. B., & Ehrenreich-May, J. (2011a). *Unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders. Therapist guide*. New York: Oxford University Press.

- Barlow, D. H., Ellard, K. K., Fairholme, C. P., Farchione, T. J., Boisseau, C. L., Allen, L. B., & Ehrenreich-May, J. (2011b). *Unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders. Workbook*. New York: Oxford University Press.
- Barlow, D. H., Ellard, K. K., Fairholme, C. P., Farchione, T. J., Boisseau, C. L., Allen, L. B., & Ehrenreich-May, J. (2011). *The unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders. Module handouts and homework forms*. Recuperado de http://www.oup.com/us/pdf/treatments/Barlow_Web_Materials_07_11.pdf
- Bogiaizán, D. (2004). Sobreestimación del control y trastornos de ansiedad. Recuperado de <http://es.scribd.com/doc/57698641/Sobrestimacion-del-Control-y-Trastornos-de-Ansiedad-IMPRESO>
- Boisseau, C., Farchione, T., Fairholme, C., Ellard, K., & Barlow, D. (2009). The development of the unified protocol for the transdiagnostic treatment of emotional disorders: A case study. *Cognitive Behavioral Practice*, 17, 102-113.
- Brailowsky, S. (2002). *Las sustancias de los sueños. Neuropsicofarmacología* (3ra. ed.). México: Fondo de Cultura Económica.
- Bronfenbrenner, U. (1977). Toward an experimental ecology of human development. *American Psychologist*, 32, 513-531.
- Brown, T.A., & Barlow, D. H. (2005). Dimensional versus categorical classification of mental disorders in the fifth edition of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders and beyond: comment on the special section. *Journal of Abnormal Psychology*, 114(4), 551-556.
- Brown, T. A., & Barlow, D. H. (2009). A proposal for a dimensional classification system based on the shared features of the DSM-IV anxiety and mood disorders: Implications for assessment and treatment. *Psychological Assessment*, 21(3), 256-271.

- Brown, T. A., Chorpita, B. F., & Barlow, D. H. (1998). Structural relationships among dimensions of the DSM-IV anxiety and mood disorders and dimensions of negative affect, positive affect, and autonomic arousal. *Journal of Abnormal Psychology, 107*, 179-192.
- Buka, S. L., & Gilman, S. E. (2003). Psicopatología y evolución a lo largo de la vida. En J. E. Helzer & J. J. Hudziak (Eds.), *La definición de la psicopatología en el siglo XXI. Más allá del DSM-V* (pp. 131-144). Barcelona, España: Ars Médica.
- Caine, E. (2005). Determinación de las causas en psiquiatría. En K. Phillips, M. First & H. Pincus. *Avances en el DSM. Dilemas en el diagnóstico psiquiátrico* (pp. 1-22). Barcelona, España: Masson.
- Caraveo-Anduagna, J., Colmenares, B.E., & Saldivar, H.G. (1999). Morbilidad psiquiátrica en la ciudad de México: Prevalencia y comorbilidad a lo largo de la vida. *Salud Mental, 22*, 88-92.
- Cassano, G., Rossi, N., & Pini, S. (2003). Comorbidity of depression and anxiety. En S. Kasper, J. den Boer & J. Sitsen (Eds.), *Handbook of Depression and Anxiety* (2da. ed) (pp. 69-90). EUA: Marcel Dekker, Inc.
- Caycedo, C., Ballesteros de Valderrama, B. P., & Novoa, M. M. (2008). Análisis de un protocolo de formulación de caso clínico desde las categorías de bienestar psicológico. *Universitas Psychologica, 7*(1), 231-250.
- Chorpita, B. F. (2002). The tripartite model and dimensions of anxiety and depression: An examination of structure in a large school sample. *Journal of Abnormal Child Psychology, 30*(2), 177-190.
- Chorpita, B. F., & Barlow, D. H. (1998). The development of anxiety: The role of control in the early environment. *Psychological Bulletin, 124*(1), 3-21.

- 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(1), 60-66. doi: 10.1891/0889-8391.23.1.60
- Clark, L. A., Watson, D. (1991). Tripartite model of anxiety and depression: Psychometric evidence and taxonomic implications. *Journal of Abnormal Psychology*, 100(3), 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.
- Cloninger, C. R. (1999). A new conceptual paradigm from genetics and psychobiology for the science of mental health. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 33(2), 174-186. doi: 10.1046/j.1440-1614.1999.00533.x
- Cloninger, C. R. (2002). Implications of comorbidity for the classification of mental disorders: The need for a psychobiology of coherence. En M. Maj, W. Gaebel, J. López-Ibor & N. Sartorius (Eds). *Psychiatric Diagnosis and Classification* (pp. 79-105). Recuperado de <http://weblib.in.ua/sites/weblib.in.ua/files/pdf-db/classif.pdf>.
- Cowan, W. M., Kopnisky, K. L., & Hyman, S. E. (2002). The human genome project and its impact on psychiatry. *Annual Review of Neuroscience*, 25, 1-50.
- Cuthbert, B. N. (2005). Dimensional models of psychopathology: Research agenda and clinical utility. *Journal of Abnormal Psychology*, 114(4), 565-569.
- De la fuente, J. A. (1996). Importancia del diagnóstico clínico. *Salud Mental*, 19 (Supl. julio), 1-3.
- Del Palacio, A. (2007). La Manualización de las intervenciones para trastornos de ansiedad en niños (Tesis de Licenciatura inédita). Facultad de Psicología, UNAM.

- Di Nardo, P.A., & Barlow, D.H. (1990). Syndrome and symptom co-occurrence in the anxiety disorders. En J. D. Maser & C. R. Cloninger (Eds.), *Comorbidity of mood and anxiety disorders* (pp. 205-230). Washington: American Psychiatric Press.
- Díez, C. (2000). Nosología. En R. J. Vallejo & F. C. Gastó, *Trastornos Afectivos: Ansiedad y Depresión* (pp. 11-24). Barcelona: Masson.
- Durand, V., & Barlow, D. (2007). *Psicopatología: Un enfoque integral de la psicología anormal* (4ta.ed.). Thompson: México.
- Edwards, J. (2001). Multidimensional constructs in organizational behavior research: An integrative analytical framework. *Organizational Research Methods*, 4(2), 144-192.
- Ellard, K. K, Fairholme, C. P, Boisseau, 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.
- Ezpeleta, L. (2005). Prevención en psicopatología del desarrollo. En L. Ezpeleta (Ed.), *Factores de riesgo en Psicopatología del Desarrollo* (pp. 3-18). Barcelona: Masson.
- Feinstein, A. R. (1970). The pre-therapeutic classification of co-morbidity in chronic disease. *Journal of Chronic Diseases*, 23(7), 455-468.
- Ferro, G. R., & Vives, M. M. (2004). Un análisis de los conceptos de efectividad, eficacia y eficiencia en psicología. *Revista Panacea@*, 5(16), 97-99. Recuperado de http://tremedica.org/panacea/IndiceGeneral/n16_tradyterm_FerroG-VivesM.pdf
- First, M. B. (2005). Clinical utility: A prerequisite for the adoption of a dimensional approach in DSM. *Journal of Abnormal Psychopathology*, 114(4), 560-564. doi: 10.1037/0021-843X.114.4.560

- First, M. B., Frances, A., & Pinicus, H. A. (2005). *DSM-IV-TR: Guía de uso*. Barcelona, España: Masson.
- First, M., Pinicus, H., Levine, J., Williams, J., Ustun, B., & Peele, R. (2004). Clinical utility as a criterion for revising psychiatric diagnosis. *American Journal of Psychiatry*, 161(6), 946–954.
- Goordwood, P. (2004). Comorbilidad del trastorno de ansiedad generalizada y el trastorno depresivo mayor: ¿Un ejemplo de pleiotropia genética?. *European Psychiatry*, 19, 27-33.
- González, M., Herrero, M., Viña, C., Ibáñez, I., & Peñate, W. (2004). El modelo tripartito: Relaciones conceptuales y empíricas entre ansiedad, depresión y afecto negativo. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 36(2), 289-304.
- Gottlieb, G. (1991). Epigenetic systems view of human development. *Developmental Psychopathology*, 27, 33-34.
- Grant, A., & Townend, M. (2008). The fundamentals of case formulation. En A. Grant, M. Townend, J. Mills & A. Cockx, *Assessment and Case Formulation in Cognitive Behavioural Therapy* (pp. 45-61). Los Angeles: Sage Publications.
- Gross, J. J. (2007). *Handbook of emotion regulation*. New York: Guilford Press.
- Gruenberg, A., M. & Goldstein, R. D. (2005). Evaluación multiaxial en el siglo XXI. En K. Phillips, M. First & H. Pinicus, *Avances en el DSM. Dilemas en el Diagnóstico Psiquiátrico* (pp. 143-150). Barcelona: Masson.
- Guarnaccia, P. J., & Rogler, L.H. (1999). Research on culture-bound syndromes: New directions. *American Journal of Psychiatry*, 156(9), 1322-1327.
- Hair, J., & Anderson, R. (1999). *Análisis multivariante* (5ta. ed.). Prentice-Hall: Madrid.

- Harvey, A., Watkins, E., Mansell, W., & Shafran, R. (2004). *Cognitive behavioural processes across psychological disorders. A transdiagnostic approach to research and treatment*. New York: Oxford University Press.
- Heinze, G., Escalante, C., Fernández, R., Galli, E., León, C., Moreno, R..., & Vengoechea, J. (1999). The coexistence of depression and anxiety. *Salud Mental, 22*(3), 1-4.
- Helzer, J., E., Kraemer, H., C., & Krueger, R., F. (2006). The feasibility and need for dimensional psychiatric diagnoses. *Psychological Medicine, 36*, 1671-1680. doi:10.1017/S003329170600821X
- Hernández-Guzman, L. (1999). *Hacia la salud psicológica: Niños Socialmente Competentes*. Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). Facultad de Psicología. México: Imprenta Universitaria.
- Hernández-Guzmán, L., Del Palacio, A., & Freyre, M. (2010). *Un algoritmo único para el tratamiento de los trastornos de ansiedad y depresión: Una perspectiva dimensional de la psicopatología*. UNAM. Manuscrito no publicado.
- Hernández-Guzmán, L., & Sánchez-Sosa, J.J. (1991). Prevención primaria del deterioro psicológico: Factores de riesgo y análisis etiológico a través de un modelo interactivo. *Revista Mexicana de Psicología, 8*(1 y 2), 83-90.
- Hyman, S. E. (2005). Prefacio. En K. Phillips, M. First & H. Pincus, *Avances en el DSM. Dilemas en el diagnóstico psiquiátrico (pp. IX-XIX)*. Barcelona, España: Masson.
- House, A.E. (2003). *DSM-IV. El Diagnóstico en la edad escolar*. Madrid: Alianza Editorial.
- Hudziak, J. J., Achenbach, T. M., Althoff, R. R., & Pine, D. S. (2007). A dimensional approach to developmental psychopathology. *International Journal of Methods in Psychiatric Research, 16*(S1), S16–S23. doi: 10.1002/mpr.217. Recuperado de http://www.dsm5.org/Research/Documents/hudziak_Developmental.pdf

- Kass, F., Skodol, A., Charles, E., Spitzer, R., & Williams, J. (1985). Scaled ratings of DSM-III personality disorders. *American Journal of Psychiatry*, 142(5), 627-630.
- Kendler, K. S. (2004). Major depression and generalized anxiety disorder: same genes, (partly) different environments-revised. *The Journal of Lifelong Learning in Psychiatry*, 11(3), 416-425.
- Kendler, K. S. & Gardner C. O. (1998). Boundaries of major depression: An evaluation of DSM-IV criteria. *American Journal of Psychiatry*, 155(2), 172-177.
- Kendler, K.S., Walters, E.E., & Neale, M. C., (1995). The structure of the genetic and environmental risk factors for six major psychiatric disorders in women. *Archives of General Psychiatry*, 52(5), 374-383.
- Kendell, R. E. (2003). Cinco criterios para mejorar la clasificación de los trastornos mentales. En J. Helzer & J. Hudziak, *La definición de la psicopatología en el siglo XXI. Más allá del DSM-V* (pp.3-18). Barcelona: Ars Médica.
- Kendell, R. E., & Jablensky, A. (2003). Distinguishing between the validity and utility of psychiatric diagnoses. *American Journal of Psychiatry*, 160, 4-12.
- Kessler, R. C., McGonagle, K. A., Zhao, S., Nelson, C., Hughes, M., Eshleman, S..., & Kendler, K. S. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: results from the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 51, 8-19.
- Kessler, R. C., Nelson, C. B., McGonagle, K. A., Liu, J., Swartz, M., & Blazer, D. G. (1996). Comorbidity of DSM-III-R major depressive disorder in the general population: Results from the U.S. National Comorbidity Survey. *British Journal of Psychiatry*, 168(supl. 30), 17-30.
- Kraemer, C.H. (2007). DSM categories and dimensions in clinical and research contexts. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 16 (SI), S8-S15. doi: 10.1002/mpr.211.

- Krueger, R. F. (1999). The structure of common mental disorders. *Archives of General Psychiatry*, 56, 921-926.
- Krueger, R. F. (2003). Comorbilidad: perspectivas psicométricas. En J. Helzer, J. Hudziak, *La definición de la psicopatología en el siglo XXI. Más allá del DSM-V*. (pp. 43-58). Barcelona: Ars Médica
- Krueger, R. F., Markon, K. E., Patrick, C. J., & Iacono, W. G. (2005). Externalizing psychopathology in adulthood: A dimensional-spectrum conceptualization and its implications for DSM-V. *Journal of Abnormal Psychology*, 114(4), 537-550. doi: 10.1037/0021-843X.114.4.537
- Krueger, R. F., Watson, D., & Barlow, D. H. (2005). Introduction to the special section: Toward a dimensionally based taxonomy of psychopathology. *Journal of Abnormal Psychology*, 114(4), 491-493. doi: 10.1037/0021-843X.114.4.491
- Kupfer, D. J. (2005). Dimensional models for research and diagnosis: A current dilemma. *Journal of Abnormal Psychology*, 114 (4), 557-559. doi: 10.1037/0021-843X.114.4.557
- Kupfer, D. J., First, M. B., & Regier, D. A. (2004). *Agenda de investigación para el DSM-V*. Barcelona, España: Masson.
- Lewis, M. (2000). Toward a development of psychopathology. En A. J. Sameroff, M. Lewis & S. M. Miller (Eds.), *Handbook of Developmental Psychopathology* (2da. ed.) (pp. 3-19). New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Livesley, W. J. (2005). Dilemas diagnósticos en la clasificación de los trastornos de la personalidad. En K. Phillips, M. First & H. Pincus, *Avances en el DSM. Dilemas en el diagnóstico psiquiátrico* (pp. 151-183). Barcelona, España: Masson.
- Maj, M. (2007). Comorbilidad psiquiátrica: Génesis del fenómeno e implicaciones clínicas. En R. J Vallejo, P. L. Sánchez, C. Díez & J. M Menchón, *Temas y retos en la Psicopatología actual* (pp. 11-33). Madrid: ArsMédica.

- Mansell, W., Harvery, A., Watkins, E., & Shafran, R. (2009). Conceptual foundations of the transdiagnostic approach to CBT. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 23(1), 60-66.
- Mash, E., & Graham, S. (2005). Clasificación y tratamiento de la psicopatología infantil. En V. E. Caballo & M. A. Simon (Eds.). *Manual de psicopatología clínica infantil y del adolescente. Trastornos generales* (29-56). Madrid, España: Pirámide.
- Maser, J. D., Kaelber, C., & Weise, R. F. (1991). International use and attitudes toward DSM-III and DSM-III-R: Growing consensus in psychiatric classification. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 271-279.
- Maser, J. D., & Patterson, T. (2002). Spectrum and nosology: Implications for DSM. *Psychiatric Clinics of North America*, 25, 855-885.
- McEvoy, P., Nathan, P., & Norton, P. (2009). Efficacy of transdiagnostic treatments: a review of published outcome studies and future research directions. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 23(1), 20-33.
- Millon, T. (1991). Classification in Psychopathology: Rationale, alternatives, and standars. *Journal of Abnormal Psychology*, 100(3), 245-261.
- Mineka, S., Watson, D., & Clark, L. A. (1998). Comorbidity of anxiety and unipolar mood disorders. *Annual Review of Psychology*, 49, 377-412.
- Nagel, E. (1957). Determinism and development. En D.B. Harris (Ed.), *The concept of development* (pp. 15-26). Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Neale, J. M., Davison, G., & Haaga, D. (1996). *Exploring Abnormal Psychology* (pp. 82-99). E. U. A: John Wiley Sons, Inc.
- Novak, G. (1998). A behavioral systems theory of development. *Revista Mexicana de Análisis de la Conducta*, 24(2), 181-196.

- Organización Mundial de la Salud (1992). Clasificación Internacional de las enfermedades [CIE-10]. Trastornos mentales y del comportamiento (10ª ed.). Madrid: Meditor.
- Perelló, M., Martínez, C., & Llorens, N. (2001). Eficacia y efectividad de los tratamientos psicológicos para la depresión. *Revista del Colegio Oficial de Psicólogos del país Valenciano*, 76, 1-2.
- Persons, J. B. (2008). *The Case Formulation Approach to Cognitive-Behavior Therapy*. New York: The Guilford Press.
- Phillips, K., First, M.B., & Pinicus, H. A. (2005). *Avances en el DSM. Dilemas en el diagnóstico psiquiátrico*. Barcelona, España: Masson.
- Phillips, K. A., Price, L. H., Greenberg, B. D., & Rasmussen, S. A. (2005). ¿Deberían cambiarse las agrupaciones diagnósticas del DSM?. En K. Phillips, M.B First & H. A. Pinicus, *Avances en el DSM. Dilemas en el diagnóstico psiquiátrico* (pp. 57-83). Barcelona, España: Masson.
- Picles, A., & Angold, A. (2003). Natural categories or fundamental dimensions: On carving nature at the joints and the rearticulation of psychopathology. *Development and Psychopathology*, 15, 529–551. doi: 10.1017.S0954579403000282
- Pine, D., Alegría, M., Cook, E., Costello, E., Dahl, R., Koretz, D., Merikangas, K., Reiss, A., & Vitiello, B. (2004). Avances en las ciencias del desarrollo y DSM-V. En D. Kupfer, M. First, & D. Regier, *Agenda de Investigación para el DSM-V* (pp. 85-122). Barcelona: Masson.
- Pinicus, H.A., Mcqueen, L. E., & Elinson, L. (2005). Trastornos mentales subliminales. En K. Phillips, M. First & Pincus, H, *Avances en el DSM. Dilemas en el diagnóstico psiquiátrico* (pp. 127-142). Barcelona, España: Masson.

- Regier, D.A., Narrow, W.E., Kuhl, E.A., Kupfer, D.J. (2009). Commentary: The conceptual development of DSM-V. *American Journal of Psychiatry*, 166(6), 645-650. Recuperado de http://www.dsm5.org/Research/Documents/Regier%20et%20al_AJP2009.pdf
- Requena, E., & Jarne, A. (2005). Sistemas de clasificación y diagnóstico en psicopatología. En A. Jarni & A. Talarn. *Manual de psicopatología clínica*. España: Fundació Vidal y Barraquer Paidós.
- Robins E., & Guze, S.B. (1970). Establishment of diagnostic validity in psychiatric illness: its application to schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 126(7), 983–987.
- Rounsaville, B., Alarcón, R. D., Andrews, G., Jackson, J. S., Kendell, R. E., & Kendler, K. (2004). Aspectos básicos de la nomenclatura para el DSM-V. En D. J. Kupfer, M. B. First & D. A. Regier, *Agenda de investigación para el DSM-V* (pp. 1-29). Barcelona, España: Masson.
- Rutter, M. (2003). *Pathways of genetic influences on psychopathology*. Zubin Award Address at the 18th Annual Meeting of the Society for Research on Psychopathology. Toronto, Ontario, Canada.
- Salas-Auvert, J. (2008). Control, salud y bienestar. *Suma Psicológica*, 15(1), 15-42.
- Sanjuán, P., & Magallares, A. (2007). Estilos explicativos y estrategias de afrontamiento. *Clínica y Salud*, 18(1), 83-98.
- Schmidt, V., Firpo, L., Vion, D., De Costa, O., Casella, M. E., Cuenya, L... & Pedrón, V. (s.f). Modelo psicobiológico de Personalidad de Eysenck. *Revista Internacional de Psicología*, 11(2), 1-21.
- Schwartz, M. A. (1991). The nature and classification of the personality disorders: A re-examination of basic premises. *Journal of Personality Disorders*, 5, 25-30.
- Seligman, M. E. (1971). Phobias and preparedness. *Behavior Therapy*, 2(3), 307-320.

- Seligman, M. E. (1975). *Helplessness: On depression, development and death*. San Francisco, Freeman.
- Shear, M. K. (1991). The concept of uncontrollability. *Psychological Inquiry*, 2(1), 88-93.
- Silva, C., & Schiattino, I. (2008). Modelos de ecuaciones estructurales ¿Qué es eso?. *Ciencia y Trabajo*, 10(29), 106-110.
- Simonsen, E., & Widiger, T. (2006). Preface. En T. Widiger, E. Simonsen, P. Sirovatka & D. Regier (Eds.), *Dimensional Models of Personality Disorder* (pp.xxi-xxiv). U. S. A: American Psychiatric Association.
- Simpson, G. G. (1961). *Principles of Animal Taxonomy*. New York: Columbia University Press.
- Sudak, D. M. (2006). *Cognitive Behavioral Therapy for Clinicians*. Philadelphia, Pennsylvania: Lippincott Williams & Wilkins.
- Tackett, J., Balsis, S., Oltmanns, T., & Krueger, R. (2009). A unifying perspective on personality pathology across the life span: developmental considerations for the fifth edition of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. *Development and Psychopathology*, 21, 687-713. doi: 10.1017/S095457940900039X.
- Toro, J. (2000). Depresión y ansiedad en la infancia y adolescencia. En R. J. Vallejo, F. C. Gastó, *Trastornos afectivos: Ansiedad y depresión* (pp. 868-883). Barcelona: Masson.
- Tsou, J., Y. (2011). The Importance of History for Philosophy of Psychiatry: The Case of the DSM and Psychiatric Classification. *Journal of the Philosophy of History*, 5, 445- 469.
- Vallejo, R. J., Gastó, F. C., Cardoner, A. N., & Catalán, C. R. (2002). *Comorbilidad de los Trastornos Afectivos*. Barcelona: Ars Médica.

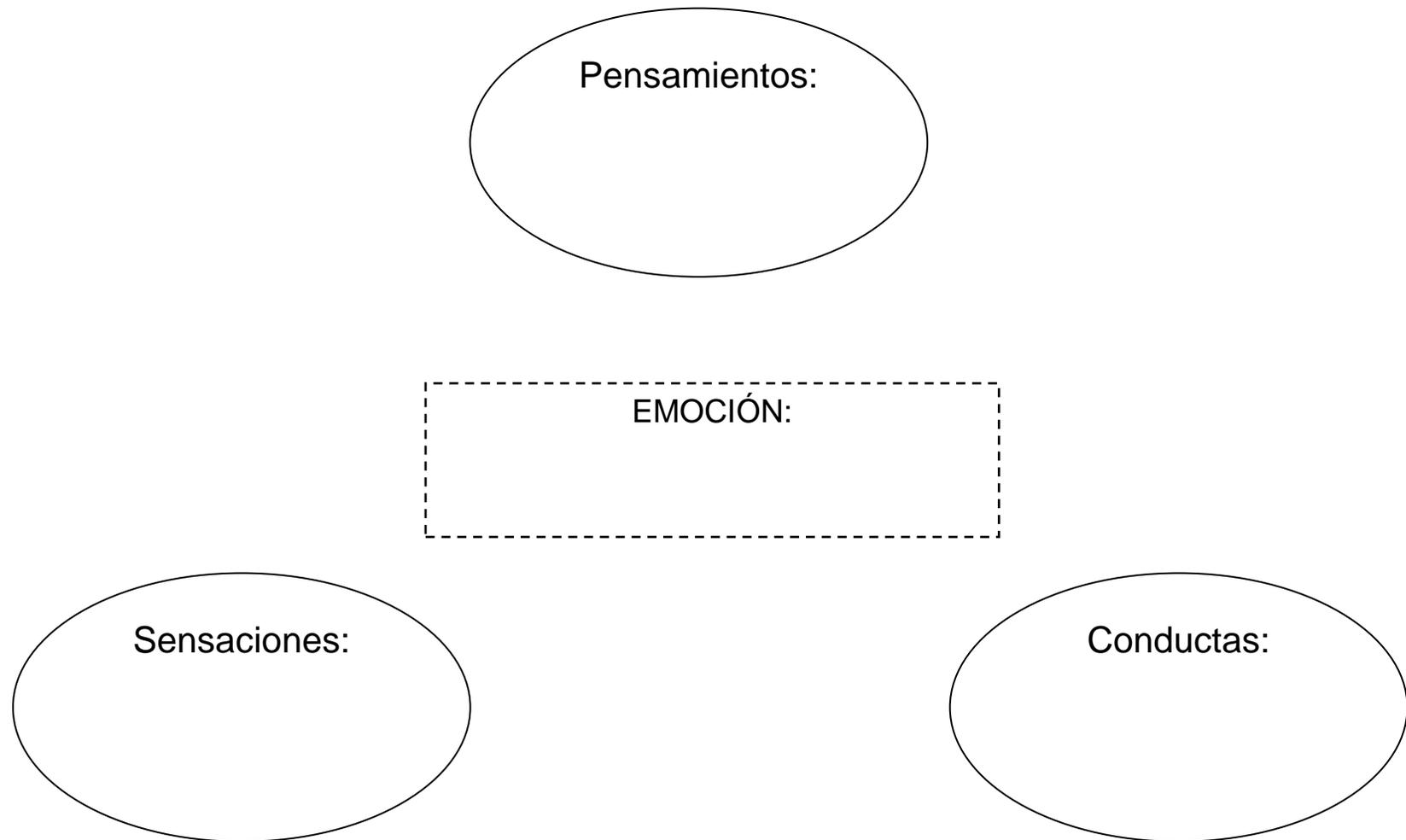
- Virués-Ortega, & Haynes. (2005). Functional analysis in behavior therapy: Behavioral foundations and clinical application. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5(3), 567-587.
- Wakefield, J., & First, M. (2005). Clarificación de la distinción entre lo que es y no es trastorno. En K. Phillips, M. First & H. Pincus, *Avances en el DSM. Dilemas en el diagnóstico psiquiátrico (pp.23- 56)*. Barcelona, España: Masson.
- Watson, D. (2005). Rethinking the mood and anxiety disorders: A quantitative hierarchical model for DSM-V. *Journal of Abnormal Psychology*, 114(4), 522-536. doi: 10.1037/0021-843X.114.4.522
- Widiger, T. A. (2007). Dimensional models of personality disorder. *World Psychiatry*, 6(2), 79-83.
- Widiger, T., A., & Clark, L. A. (2000). Toward DSM-V and the classification of psychopathology. *Psychological Bulletin*, 126(6), 946-963. doi: 10.1037//0033-2909.126.6.946
- Widiger, T. A., Livesley, J. W., & Clark, L. A. (2009). An integrative dimensional classification of personality disorder. *Psychological Assessment*, 21(3), 243-255. doi: 10.1037/a0016606
- Widiger, T. A., & Samuel D. B. (2005). Diagnostic categories or dimensions? A question for the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-fifth edition. *Journal of Abnormal Psychology*, 114(4), 494-504.
- Widiger, T., A., & Sanderson, C., J. (1995). Toward a dimensional model of personality disorders. En J. K. Livesley (Ed.), *The DSM-IV Personality Disorders* (pp. 433-458). New York: Guilford Publications.
- Widiger, T. A., Simonsen, E., Sirovatka, P., & Regier, D. (2006). *Dimensional models of Personality Disorders: Refining the agenda for DSM-V*. U. S. A: American Psychiatric Association.

- Widiger, T. A., & Trull, T. J. (2007). Plate tectonics in the classification of personality disorder. Shifting to a dimensional model. *American Psychologist*, *62*(2), 71-83. doi: 10.1037/0003-066X.62.2.71
- Wilamowska, Z.A., Thompson-Hollands, J., Fairholme, C.P., Ellard, K.K., Farchione, T.J., & Barlow, D.H. (2010). Conceptual background, development, and preliminary data from the unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders. *Depression and Anxiety*, *27*(10), 882-890. doi:10.1002/da.20735
- Wittchen, H. U., Lieb, R., Wunderlich, U., & Schuster, P. (1999). Comorbidity in primary care: Presentation and consequences. *Journal of clinical Psychiatry*, *60*(Supl. 7), 29-36.
- Wittchen, H. U., Zhao, S., Kessler, R. C., & Eaton, W. (1994). DSM-III-R generalized anxiety disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, *51*, 355-364.

ANEXOS.

ANEXO 1

MODELO DE LOS TRES COMPONENTES DE LAS EMOCIONES



Basado en el modelo de Barlow et al. (2011)

ANEXO 2

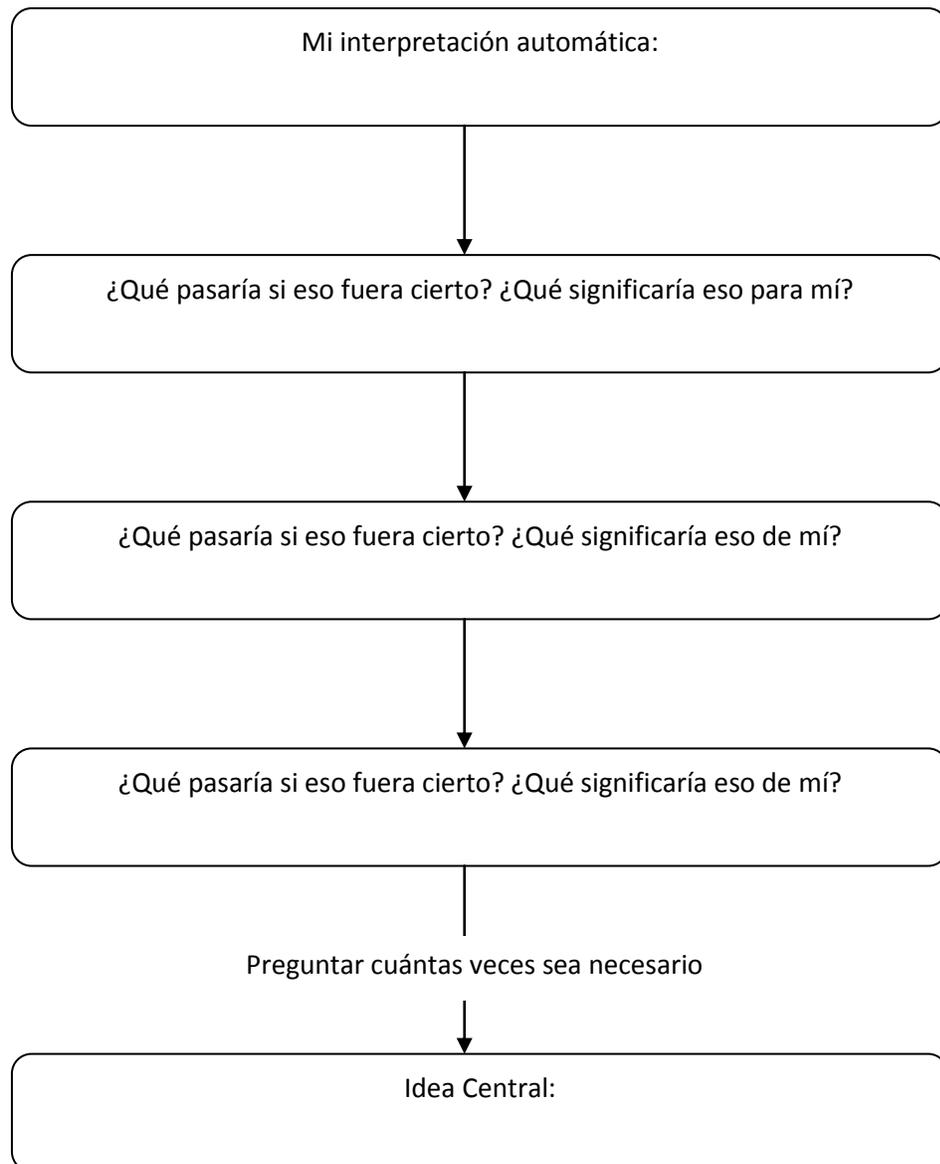
FORMULARIO DE SEGUIMIENTO DE LAS REACCIONES EMOCIONALES O ARC DE LAS EXPERIENCIAS EMOCIONALES

FECHA	EMOCIÓN	ANTECEDENTE (A) Situación	RESPUESTAS (R)			CONSECUENTE (C) ¿Qué pasó después?
			Lo que siento	Lo que pienso	Lo que hago	

ANEXO 3

TÉCNICA DE LA FLECHA DESCENDIENTE

1. Anotar la interpretación automática
2. Realizarse las preguntas: ¿qué pasaría si eso fuera cierto? ¿Qué significaría eso para mí? Este cuestionamiento se debe realizar tantas veces sea necesario hasta llegar a la idea central.



ANEXO 4

IDENTIFICANDO EDBs

Situación:

Sergio se levantó por la mañana sintiéndose deprimido e incapaz de hacer frente a su día. En vez de ir a trabajar, decide quedarse en su casa y dormir casi todo el día. Sin embargo quedarse solo en su casa significa permanecer a solas con sus pensamientos, los cuales comienzan a dar vueltas en su mente una y otra vez diciéndole lo aburrido y depresivo que es, lo que a su vez le produce que esa situación de tristeza se vuelva aún más desagradable. Además encerrado en su casa, Sergio comienza a sentirse aislado y separado del mundo exterior. Por lo que ahora no solamente se siente deprimido, sino también solo y aislado (Barlow et al., 2011).

EDB: No asistir al trabajo y permanecer en su casa durmiendo casi todo el día.

Consecuencias:

- **A corto plazo:** Sentirse a salvo y más en control debido a que no tendrá que enfrentarse a los eventos de ese día.
- **A largo plazo:** Sentirse además de depresivo, solo y aislado.

Realice el mismo ejercicio pero ahora incluya alguna de sus experiencias:

Situación:

Describa su EDB:

Consecuencias:

A corto plazo:

A largo plazo:

ANEXO 5

FORMATO: “MODIFICANDO MIS EDBs”

SITUACIÓN	EMOCIÓN	EDB	RESPUESTA ALTERNATIVA

Adaptado de Barlow et al., 2011

ANEXO 6

FORMATO: JERARQUÍA DE EVITACIÓN EMOCIONAL

INSTRUCCIONES: Describa aquellas situaciones que en la actualidad evite con el fin de no experimentar emociones desagradables. Comience con aquella que le cause un mayor grado de malestar. Indique el grado en el cual usted evita cada situación y el grado de malestar que le causa en el espacio correspondiente de acuerdo a la siguiente escala:

No lo evito	Rara vez lo evito	Algunas veces lo evito	Con mucha frecuencia lo evito	Siempre lo evito
0	1	2	3	4
Ningún malestar	Poco malestar	Malestar	Mucho malestar	Malestar excesivo

	Descripción de la situación	Nivel de evitación	Nivel de malestar
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

Adaptado de Barlow et al., 2011