



FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA

TRABAJO DE TITULACIÓN

MODALIDAD PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

TEMA:

Caracterización del Transdiagnóstico en la Atención Clínica de los Profesionales de
Salud Mental. Manta 2025.

AUTOR(A):

Toainga Rodríguez Julinka Valentina

TUTOR(A):

Psc. Clin. Zoila María Álava Vásquez

PERIODO 2026 -1

CERTIFICACIÓN DE AUTORÍA

Manta, 28 de julio de 2026

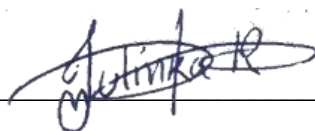
Yo, Julinka Valentina Toaing Rodríguez con C.I. 131420224-1, estudiante de la Carrera de Psicología en la Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí, libre y voluntariamente declaro, que el presente Proyecto de Titulación:

“Caracterización del Transdiagnóstico en la Atención Clínica de los Profesionales de Salud Mental. Manta 2025.”

Este trabajo ha sido desarrollado en conformidad con los principios éticos, metodológicos y académicos correspondientes a la Institución.

Declaro que el contenido presentado en este estudio corresponde exclusivamente a mi autoría, asumiendo la responsabilidad académica y legal derivada de su elaboración y presentación, por lo que autorizo su digitalización y publicación, con fines estrictamente académicos, respaldado en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Atentamente,



Julinka Valentina Toaing Rodríguez

C.I. 131420224-1

	NOMBRE DEL DOCUMENTO: CERTIFICADO DE TUTOR(A).	CÓDIGO: PAT-04-F-010
	PROCEDIMIENTO: TITULACIÓN DE ESTUDIANTES DE GRADO BAJO LA UNIDAD DE INTEGRACIÓN CURRICULAR	REVISIÓN: 1
		Página 1 de 1

CERTIFICACIÓN

En calidad de docente tutor(a) de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Laica "Eloy Alfaro" de Manabí, CERTIFICO:

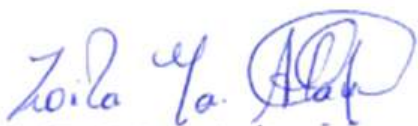
Haber dirigido y revisado el trabajo de Integración Curricular bajo la autoría de la estudiante: **Toainga Rodríguez Julinka Valentina**, legalmente matriculada en la carrera de Psicología, período académico **2026.1**, cumpliendo el total de 384 horas, cuyo tema del proyecto es: **Caracterización del Transdiagnóstico en la Atención Clínica de los Profesionales de Salud Mental. Manta 2025.**

La presente investigación ha sido desarrollada en apego al cumplimiento de los requisitos académicos exigidos por el Reglamento de Régimen Académico y en concordancia con los lineamientos internos de la opción de titulación en mención, reuniendo y cumpliendo con los méritos académicos, científicos y formales, suficientes para ser sometida a la evaluación del tribunal de titulación que designe la autoridad competente.

Particular que certifico para los fines consiguientes, salvo disposición de Ley en contrario.

Manta, 24 de julio del 2026.

Lo certifico,



Psic. Clin. Zoila María Álava Vásquez, Mgs.
Docente Tutor/a
Área: Ciencias de la Salud

DEDICATORIA

Dedico este trabajo, a Dios, por permitirme vivir, amar, sonreír, llorar, expresarme, en especial, por la familia que me dio, por lo que este trabajo es en honor a la mejor madre del mundo, al motivo de mi ser, a mi maestra eterna, la Sra. Mariana Rodríguez, es mi motor de esperanza, porque siempre ha preferido mi bienestar y me ha apoyado en cada aventura, evento y circunstancias, dando lo mejor de sí, porque decidió ser madre antes que esposa o mujer, porque me permitió vivir una vida estupenda.

Dedico también este trabajo a mi hermano, Carlos Toainga, mi guía, siempre que estoy en crisis sé que tengo a dos personas maravillosas que me sostienen, por confiar en mi potencial e impulsarme a continuar, es un honor ser tu hermana.

A su vez, quiero dedicar la investigación a mis compañeros silenciosos, que más que mascotas, son parte de mi neocórtex y amígdala, mis gatos, a Klaus que recordaré y esperaré el reencuentro toda la vida, Blancanieves que redactó parte de este documento acostándose en el teclado mientras tipeaba, Franchesco Pancito por aportar su ternura, Pequeño por despertarme siempre en la madrugada y Keisha que me acompañó acostada en mi escritorio mientras desarrollaba este proyecto, así como a sus antepasados que estuvieron conmigo en mi proceso evolutivo y en las madrugadas de esfuerzo continuo, también a mi lora, Lorelay.

A las descargas dopaminérgicas, serotoninérgicas y de endorfinas que me devolvieron la lucidez en las madrugadas y en momentos complicados a través de la música Kpop, con mención honorífica a SEVENTEEN, por mantener mi mente funcional durante todo este proceso.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a Dios, por permitirme desarrollar mis estudios con una profunda satisfacción por lo logrado, por brindarme las capacidades para enfrentar las adversidades contextuales, económicas y académicas. Gracias a la Parroquia Niño Jesús por su apoyo constante en mi proceso de aprendizaje y confiar en mi potencial.

A mi madre, tenía la creencia que los ángeles solo estaban en el cielo, pero Dios me permite convivir con uno desde el momento de mi concepción, gracias por permitirme ser tu hija, espero lograr grandes objetivos y que te sientas orgullosa de tus dos hijos, los que criaste sola aún con todas las dificultades que pasamos, gracias por nunca descuidarnos, por amarnos, por preferir nuestro bienestar, por nunca rendirse, no me alcanzará la vida para agradecerle por todo. A mi hermano, por enseñarme el mundo real, por estar conmigo cuando solo nos teníamos a los tres, por apoyarme siempre y hacerme sentir querida. Gracias a mi madrina Katherine que ha velado por mi desde mi infancia, por quererme y protegerme, y a mis tías que brindaron apoyo cuando se lo necesitó.

A mis amigas de toda la vida por hacerme sentir escuchada, Verónica, Lisbeth, Danna, Mathews, Anyeli, Julixa, Marilyn, Mayerli y otros, por todas las risas en esas vueltas interminables al colegio, por todo el cariño que compartimos. Un viaje de 4 años no se disfruta y ni se aprende, sino hay con quien reír y compartir, por ello agradezco a mis amigas: Rosa, Ale, Yelena, Kristhel, Leidy y Tiffany este viaje no podría ser inolvidable sino hubiera sido por ustedes.

Gracias a la Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí, mi alma máter, que no solo me permitió desarrollar mis capacidades y adquirir conocimientos, sino que permitieron que conozca a profesionales ejemplares que motivaron mis estudios, con especial énfasis a mi tutora la Psi. Clin. Zoila Álava, que confió en mis habilidades y fue una guía fundamental en el desarrollo de este proyecto.

ÍNDICE

CERTIFICACIÓN DE AUTORÍA.....	i
CERTIFICACIÓN DEL TUTOR.....	¡Error! Marcador no definido.
ACTA DEL TRIBUNAL EVALUADOR.....	¡Error! Marcador no definido.
DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTOS	iv
ÍNDICE DE TABLAS	x
ÍNDICE DE FÍGURAS.....	xi
RESUMEN	xii
ABSTRACT.....	xiii
Introducción	14
Planteamiento del problema.....	16
Justificación	18
Pregunta de Investigación	19
Objetivos	19
Objetivo general.....	19
Objetivos específicos	19
Capítulo I: Marco Teórico	20
El Paradigma Diagnóstico Tradicional en Salud Mental	20
Fundamentos del Modelo Categorical: DSM y CIE	20
Ventajas y Limitaciones del Enfoque por Categorías Diagnósticas	21
La Comorbilidad como Desafío para el Modelo Tradicional	22
Críticas al Enfoque Diagnóstico Convencional	23
Estigmatización y Efecto de la Etiqueta Diagnóstica	23

Limitaciones para Guiar Tratamientos Específicos y Personalizados	24
El Enfoque Transdiagnóstico: Fundamentos Conceptuales.....	25
Origen y Evolución Histórica del Paradigma Transdiagnóstico.....	25
Definición y Principios Básicos del Transdiagnóstico	26
Del "Qué Tienes" al "Cómo Funcionas": Un Cambio de Perspectiva.....	27
Enfoque en Procesos Psicológicos Subyacentes vs. Síntomas Superficiales	27
Diferencias y Complementariedad entre los Enfoques Categorical y Dimensional..	28
Procesos y Mecanismos Transdiagnósticos Centrales.....	29
Procesos Cognitivos Comunes.....	29
Sesgos Atencionales y de Memoria	29
Estilos de Rumiación y Preocupación.....	29
Tolerancia a la Incertidumbre y Sesgo de Amenaza.....	30
Procesos Emocionales y Regulación Afectiva.....	31
Alexitimia y Dificultades en la Identificación de Emociones	31
Evitación Experiencial y Supresión Emocional.....	31
Procesos Conductuales.....	32
Conductas de Evitación y Escape	32
Activación y Apatía Conductual.....	32
Modelos y Marcos Explicativos Transdiagnósticos	33
Modelo de la Triple Vulnerabilidad (Barlow)	33
El Modelo Transdiagnóstico de los Trastornos Emocionales (Unified Protocol) ...	34
El Modelo de Procesos Transdiagnósticos en Psicosis.....	35
Marco de los Factores de Mantenimiento Comunes.....	36

La Aplicación del Transdiagnóstico en la Práctica Clínica	37
Evaluación Transdiagnóstica	37
Herramientas e Instrumentos de Evaluación de Procesos Transdiagnósticos	37
La Formulación de Caso desde una Perspectiva Transdiagnóstica	39
Intervenciones y Tratamientos Transdiagnósticos	40
Terapias Contextuales y de Tercera Generación (ACT, DBT, FAP)	40
El Protocolo Unificado para el Tratamiento de los Trastornos Emocionales	41
Principios de Cambio que Trascienden el Diagnóstico	42
Ventajas Percibidas de la Aplicación Transdiagnóstica	43
Eficiencia y Economía en la Formación y Práctica Clínica	43
Personalización y Flexibilidad del Tratamiento	43
El Profesional de Salud Mental en el Contexto del Transdiagnóstico	44
Competencias y Habilidades Requeridas para el Enfoque Transdiagnóstico	44
Análisis Funcional de la Conducta	44
Habilidades para la Formulación de Caso Centrada en Procesos	44
Factores que Influyen en la Adopción del Enfoque Transdiagnóstico	45
Formación Académica y Tipo de Orientación Teórica	45
Experiencia Clínica y Actitudes hacia la Innovación	46
Contexto Laboral y Demandas Institucionales	46
Contexto Local y Antecedentes de la Investigación	47
La Práctica de la Salud Mental en Ecuador y Manta	47
Características del Sistema de Salud y Formación Profesional	47

Antecedentes de Investigación sobre Transdiagnóstico en Latinoamérica y Ecuador	48
Justificación de la Investigación en el Contexto de Manta 2026.....	50
Capítulo II: Metodología.....	51
Tipo de Investigación.....	51
Tipo del Estudio.....	51
Sujetos de Estudio.....	52
Población.....	52
Muestreo	52
Muestra	52
Criterios de Inclusión de la Población	53
Criterios de Exclusión de la Población	53
Operacionalización de variables	53
Tratamiento de los datos	55
Datos cuantitativos.....	55
Datos cualitativos.....	55
Análisis mixto	55
Validez de la investigación	56
Procedimiento y Análisis de Datos	56
Actividades por realizar	56
Consideraciones Éticas	60
Capítulo III: Resultados	61
Caracterización de la Muestra.....	61

Resultados del Objetivo Específico 1	62
Resultados del Objetivo Específico 2	66
Resultados del Objetivo Específico 3	71
Conclusiones	74
Recomendaciones	77
Referencias Bibliográficas	79
Anexos	92

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1.....	53
Tabla 2.....	61
Tabla 3.....	62
Tabla 4.....	67
Tabla 5.....	70

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1	63
Figura 2	67
Figura 3	70
Figura 4	92
Figura 5	93
Figura 6	95
Figura 7	102
Figura 8	103
Figura 9	103

RESUMEN

La salud mental es considerada un estado de bienestar mental, que faculta a las personas a enfrentar situaciones cotidianas de la vida, permitiendo desarrollar destrezas y aprendizajes, sin embargo, cuando ocurre una alteración, se denomina como una psicopatología, que conlleva a las personas a eludir o dificulta a asumir situaciones, además de presentar alteraciones clínicas en los procesos psicológicos, la regulación emocional o comportamental y es en ese momento que intervienen los profesionales de salud mental con regularidad. El objetivo general de esta investigación fue caracterizar el transdiagnóstico en la atención clínica de los profesionales de salud mental. Manta 2026., a través de los objetivos específicos destinados a identificar, describir y evaluar el proceso de transdiagnóstico en la atención clínica de los profesionales de salud mental de Manta. **Metodología:** Se utilizó un enfoque mixto de tipo descriptivo, de diseño no experimental con corte transversal, la población está conformada por los profesionales en salud mental de Manta, con una muestra de 40 profesionales de salud mental de la ciudad de Manta mediante un muestreo no probabilístico, con la aplicación del cuestionario CAP y una entrevista semiestructurada. **Resultados:** El CAP indicó niveles altos en conocimientos (80 %), actitudes (87,5 %) y prácticas (67,5 %), mientras que las entrevistas permitieron identificar que los resultados obtenidos en el CAP, no están centrados en el conocimiento explícito y la aplicación formal del enfoque transdiagnóstico, sin embargo, se muestra un interés creciente de los participantes por conocer, aprender y aplicar el transdiagnóstico.

Palabras claves: transdiagnóstico; profesionales de salud mental; atención clínica; diagnóstico

ABSTRACT

Mental health is considered a state of mental well-being that enables people to cope with everyday situations, allowing them to develop skills and learn new things; however, when a disturbance occurs, it is referred to as a psychopathology, which leads people to avoid or makes it difficult for them to cope with situations, in addition to presenting clinical disturbances in psychological processes, emotional regulation, or behavior; it is at this point that mental health professionals typically intervene. The general objective of this study was to characterize transdiagnostic approaches in the clinical care provided by mental health professionals in Manta, 2026, through specific objectives aimed at identifying, describing, and evaluating the transdiagnostic process in the clinical care provided by mental health professionals in Manta. Methodology: A mixed-methods approach was used, involving a descriptive, non-experimental, cross-sectional design. The population consisted of mental health professionals in Manta, with a sample of 40 mental health professionals from the city of Manta selected through non-probability sampling. The CAP questionnaire and a semi-structured interview were administered. Results: The CAP indicated high levels of knowledge (80%), attitudes (87.5%), and practices (67.5%). The interviews revealed that the results obtained on the CAP do not focus on explicit knowledge and the formal application of the transdiagnostic approach; however, participants showed a growing interest in understanding, learning, and applying the transdiagnostic approach.

Keywords: transdiagnostic approach; mental health professionals; clinical care; diagnosis

Introducción

La salud mental es definida por la Organización Mundial de la Salud (2025) como un “estado de bienestar mental que permite a las personas hacer frente a los momentos de estrés de la vida, permitiendo desarrollar todas sus habilidades, poder aprender y trabajar adecuadamente y contribuir a la mejora de su comunidad” (párr. 1).

Por su parte, la alteración clínicamente significativa de la cognición, regulación emocional o comportamental de un individuo es denominada como trastorno de salud mental (Organización Mundial de la Salud, 2025) y su panorama epidemiológico revela que más de mil millones de personas en el mundo los padecen (Organización Panamericana de la Salud, 2025) .

Frente a este panorama mundial, las políticas públicas que elabora la Organización Mundial de la Salud en su plan de acción sobre salud mental 2013-2030, incluyen la recomendación a los estados a formular, actualizar y aplicar políticas, estrategias y programas de salud mental, reorganizando sus servicios y ampliar la cobertura de los mismos, con el fin de aplicar estrategias multisectoriales que combinen intervenciones universales para promover la salud mental, prevenir trastornos mentales y reducir su estigmatización.

Como resultado, la Asamblea Nacional del Ecuador (2024) aprobó la Ley Orgánica de Salud Mental, en su Política Nacional de Salud Mental con agenda a 2024-2030, en la cual se trazan objetivos como producir actividades en el territorio de prevención, promoción, vigilancia, rehabilitación y sobre todo reinserción de las personas con problemas de salud mental a la sociedad.

Los profesionales de la salud mental encargados de alcanzar los objetivos trazados mencionados, son aquellos constituidos en el artículo 45, que son quienes cuentan con títulos de tercer nivel en medicina con especialización en psiquiatría, títulos

de tercer nivel en psicología siempre y cuando se cumpliera con la realización de prácticas preprofesionales en el ámbito clínico o se cuente con formación de cuarto nivel en el área de la salud. El panorama en el Ecuador de estos profesionales, según cifras registradas en ACCES en el 2020, a nivel nacional existen 412 psiquiatras, 12772 psicólogos, 956 terapeutas ocupacionales y 565 profesionales entre neuropsicólogos, psiquiatras infantiles y psicorehabilitadores.

La práctica de los profesionales de salud mental en Ecuador está regida por modelos categoriales utilizando manuales para el diagnóstico y tratamiento de los trastornos mentales como lo son la CIE 11 y el DSM V, que comprenden a la clasificación de trastornos, es decir, según un recuento de síntomas bajo el cual se determina si se tiene o no un trastorno, en este escenario la comorbilidad es frecuente convirtiéndose en una regla y no en la excepción. Las intervenciones que se realizan son de manera fragmentada, es decir, trastorno por trastorno, sin tener en consideración los procesos psicológicos que se comparten, y es como respuesta a esta problemática que nace el enfoque transdiagnóstico.

El enfoque transdiagnóstico no niega las categorías señaladas con anterioridad, de hecho, parte de este modelo categorial con el fin de reconocer los procesos etiológicos y de mantenimiento de los trastornos mentales. El proceso del transdiagnóstico se basa en evaluar, identificar y abordar los procesos psicológicos comunes que subyacen a los trastornos mentales, en lugar de intervenir a los trastornos de manera separada, comprendiendo los factores que mantienen la manifestación clínica (Aguilar, 2024).

En el capítulo uno, abordó el marco teórico, en el que se expusieron temas desde el paradigma clásico en salud mental, como lo es la utilización del DSM V TR y la CIE

11, siguiendo con principios más especializados al enfoque transdiagnóstico, sus procesos cognitivos, así como, las intervenciones desde este enfoque.

En el capítulo dos se detalló la metodología, que fue de naturaleza mixta, descriptiva y de corte transversal, utilizando entrevistas semiestructuradas, como instrumento cualitativo, y el cuestionario CAP, como instrumento cuantitativo, con una muestra aleatoria no probabilística que estuvo conformada por 40 profesionales de salud mental, considerando los criterios de inclusión y exclusión que determinaron a los participantes de la investigación.

En el capítulo tres, se expusieron los resultados de la investigación, que se relacionaron con niveles altos de actitudes, conocimientos y por último prácticas, sin embargo, no se relacionan explícitamente al transdiagnóstico, demostrado con los datos de la entrevista, debido a que los profesionales cuentan con conocimientos previos que pueden facilitar la aplicación de este enfoque, aunque también se debe considerar que otra parte de la población si aplica coordinadamente el transdiagnóstico en su ejercicio profesional.

Planteamiento del problema

La realidad de la práctica clínica de salud mental es que la oferta no es proporcional a la demanda, debido a que las cifras registradas en el 2020, en el servicio de salud pública registró 640.589 atenciones de salud mental por morbilidad; en 2021, un total de 716.365; y en 2022 las atenciones suman 956.062, lo que indica un aumento significativo conforme pasan los años. Entre los trastornos atendidos con mayor frecuencia se mencionan, los trastornos mentales sintomáticos, emocionales, neuróticos, del comportamiento relacionados al consumo, de personalidad, del humor, esquizofrenia, entre otros (Ministerio de Salud Pública, 2023).

La práctica clínica en el país se rige por los manuales como el DSM V y la CIE 10, que abordan los trastornos de manera aislada, por lo que, ante este panorama, el enfoque transdiagnóstico significa una alternativa viable para atender las comorbilidades frecuentes identificadas en el ejercicio profesional, optimizando los recursos, el tiempo y coste del proceso terapéutico que puede significar una solución considerando la realidad socioeconómica del país (Echeburúa et al., 2014).

La implementación del enfoque transdiagnóstico en el Ecuador es reciente, por lo que, las investigaciones del tema son escasas y una de ellas, evalúan las variables transdiagnósticas asociadas a trastornos diagnosticados, sin embargo, un estudio que marca un precedente es realizado en la Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí debido a que evaluó a los profesionales de salud mental mediante el CAP, los resultados evidencian que los profesionales tienen un conocimiento superficial sobre el enfoque transdiagnóstico, además, la práctica clínica carece de protocolos estandarizados, aunque, presentan actitudes positivas hacia el enfoque (Cedeño & Moreira, 2025).

El estudio antes mencionado es único en su estilo y población, lo que demuestra ausencia de evidencia sobre la adopción del enfoque en el Ecuador, el estudio es de metodología cuantitativa, por lo que se evidencia un vacío en cuanto a la percepción de los profesionales, referente a la aplicación, procesos de regulación emocional y procesos cognitivos transdiagnóstico, y no únicamente la evaluación a sus conocimientos, actitudes y prácticas, para responder a este vacío presentado en la metodología esta investigación adopta una metodología mixta, sumando la entrevista semiestructurada, con el fin de indagar en las barreras que limitan la aplicación en la práctica habitual y mediante la evaluación determinar si el panorama ha mostrado cambios en un año desde la aplicación de la investigación anterior.

Justificación

Los servicios de salud mental en el Ecuador presentan en los últimos años una alta demanda, en el 2023 se registraron 934.126 personas atendidas, mientras que en enero y septiembre de 2024 cuentan con 700.918 atenciones registradas (Ministerio de Salud Pública, 2024), la alta demanda clínica debería significar una oferta proporcional, no solo en número de profesionales, sino, también en el nivel de preparación y competencia de los profesionales en salud mental.

El ejercicio clínico de los profesionales en salud mental en Manta, está regida por los modelos tradicionales categoriales como el DSM V y la CIE 10 aplicadas en el país para clasificar los trastornos mentales (Cárdenas, 2021), excluyendo la realidad que comprende a los trastornos dentro de un espectro de manifestación clínica, ampliando la concurrencia de comorbilidades entre los trastornos. La aplicación en la práctica del enfoque transdiagnóstico representaría un menor costo y beneficio a la atención clínica, debido a que se intervienen en procesos comunes, en el caso de la regulación emocional, la intervención resulta en tratamientos eficientes y menos costosos que el tratar trastornos aisladamente (Antuña Cambor et al., 2023).

Caracterizar el proceso transdiagnóstico en la práctica clínica de los profesionales es indispensable para identificar la adaptabilidad de los profesionales y su actualización en cuanto a las terapias basadas en la evidencia. Esta investigación contribuye en la actualización de conocimientos y protocolos de un profesional, con el fin de generar interés sobre el enfoque y aumentar su uso, debido a su implicación social, debido a que el enfoque promueve la autonomía del paciente, haciendo que sea parte fundamental del proceso terapéutico y creando independencia así como recursos adquiridos para ser utilizados en situaciones que los requieran, debido a que el paciente

acude a terapia máximo una hora, el resto del día depende del actuar del paciente para su rehabilitación o recuperación.

Además, esta investigación permitió crear un precedente científico e investigativo completo, sustentado en el vacío de una investigación anterior que solo delimitaba un fenómeno complejo a solo datos cuantitativos, sin tener en consideración, los datos cualitativos, que permiten conocer la realidad de la práctica clínica diaria de los profesionales en salud mental.

Pregunta de Investigación

¿Cómo se caracteriza la práctica clínica de los profesionales de la salud mental respecto al enfoque transdiagnóstico?

Objetivos

Objetivo general

Caracterizar el Transdiagnóstico en la Atención Clínica de los Profesionales de Salud Mental en Manta durante el año 2026.

Objetivos específicos

1. Identificar el proceso de transdiagnóstico en la atención clínica de los profesionales de salud mental de Manta.
2. Describir el proceso de transdiagnóstico en la atención clínica de los profesionales de salud mental de Manta.
3. Evaluar el proceso de transdiagnóstico en la atención clínica de los profesionales de salud mental de Manta.

Capítulo I: Marco Teórico

El Paradigma Diagnóstico Tradicional en Salud Mental

Fundamentos del Modelo Categorical: DSM y CIE

La práctica clínica en salud mental se basa en la psicopatología, rama que ha evolucionado a lo largo de la historia, desde la teoría humoral de Hipócrates hasta la taxonomía psicopatológica como la obra de Kraepelin, que consolidó el modelo nosológico, cuyo objetivo se basa en describir y clasificar los trastornos mentales según tres acápites, que incluyen: los síntomas, el curso evolutivo y el desenlace, representando los cimientos para el desarrollo del modelo categorial que rige el ejercicio profesional en la actualidad (Requena, 2022).

El escenario actual refleja una adherencia al modelo categorial el cual esta afianzado al cumplimiento de criterios diagnósticos, los que están organizados por categorías diagnosticas permitiendo a los profesionales utilizar un lenguaje universal, entre los referentes mundiales que cumplen con las características mencionadas se encuentran el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM) en su quinta edición texto revisado, elaborado por la Asociación Americana de Psiquiatría, y la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) en su onceava edición, gestada por la Organización Mundial de la Salud (OMS).

En este marco, cumpliendo con el objetivo de universalizar la práctica clínica y lograr un consenso entre profesionales surge el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM) en 1952, sin embargo, su uso se consolida en la tercera edición en 1980 predominando un enfoque atóxico, eliminando la polarización psicoanalítica que caracterizaba las dos ediciones anteriores e instaurando categorías diagnosticas basadas en el cumplimiento de criterios (González & Álvarez, 2022).

Por su parte, desde 1948 la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE) elaborada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) incluye a los trastornos mentales dentro de sus capítulos, que se utilizan con el fin de registrar datos de mortalidad y morbilidad, la CIE es utilizada en el campo de la medicina principalmente y debido a que está avalada por la máxima autoridad reguladora en salud es ampliamente utilizada (Requena, 2022).

Ventajas y Limitaciones del Enfoque por Categorías Diagnósticas

El enfoque en categorías diagnósticas se basa en el cumplimiento de indicadores denominados criterios diagnósticos en base a la sintomatología presente y su temporalidad (Requena, 2022).

Para crear un consenso entre los profesionales y facilitar la comunicación clínica, se elabora la primera edición del DSM en el año 1952, sin embargo, se consolida su uso en la tercera edición en 1980, instaurando categorías diagnosticas basadas en el cumplimiento de criterios (González & Álvarez, 2022). En la actualidad, las ventajas de la utilización de los enfoques categoriales como el DSM V y la CIE 11 se remiten al diagnóstico clínico, investigación, estadísticas de salud, formación académica, educación, establecimiento y reformas de políticas de salud.

Entre las principales limitaciones encontradas es que representa más “un diccionario descriptivo que un manual de psicopatología” (Echeburúa et al., 2014) la elevada tasa de comorbilidad, debido a que las fronteras entre las categorías diagnosticas son más difusas de lo planteado en el manual, a su vez, pacientes con un mismo diagnostico presentan perfiles sintomáticos variados por lo cual el tratamiento debe ser personalizado, además de que su aplicación en base a los avances en estos textos tarda en aplicarse en contextos como Latinoamérica, en especial énfasis, Ecuador,

debido a que se utiliza la CIE 10 y el DSM V, no sus variantes recientes como lo son, la CIE 11 y DSM V TR.

La Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) por su parte, no ofrece una explicación detallada de la causalidad de los diagnósticos debido a que su enfoque está en la aproximación fenomenológica, es decir, no se orienta a la interpretación de los síntomas con fines terapéuticos sino meramente categorizar y un panorama epidemiológico de las enfermedades (Hualparuca & Betalleluz, 2023).

La Comorbilidad como Desafío para el Modelo Tradicional

La comorbilidad se refiere a la presencia simultánea de dos o más trastornos mentales distintos en el mismo individuo, por lo que, no es la sumatoria de síntomas sino la coexistencia de entidades clínicas diferenciadas, es decir, la presencia de sintomatología que pertenece a categorías diagnósticas distintas (Brown & Thorsteinsson, 2019).

Según Nordgaard et al. (2023) el número de pacientes diagnosticados con comorbilidad psiquiátrica ha aumentado significativamente y como respuesta, la investigación en este ámbito también ha mostrado un incremento. El desarrollo de este concepto se ve reflejado en los manuales de diagnóstico, donde el término 'comórbido' apareció 0 veces en el DSM III, pero más de 600 veces en el DSM V.

Brown y Barlow (2009) plantean que la comorbilidad se produce por la manifestación de procesos subyacentes compartidos, más que la añadidura de un trastorno independiente, por lo que, la presencia de la comorbilidad desafía la validez del modelo tradicional categorial, debido a que, supone una redundancia diagnóstica y dificulta la planificación terapéutica enfocándose a tratar un trastorno a la vez. Lo que representa un desafío para el modelo tradicional, que dispone que ciertos síntomas son pertenecientes a trastornos en específico y si en un paciente se manifiestan, y también

otra sintomatología que induce al diagnóstico de otro trastorno adicional, se cataloga directamente como comorbilidad.

Críticas al Enfoque Diagnóstico Convencional

El enfoque del diagnóstico convencional se sustenta en los manuales diagnósticos que orientan el ejercicio clínico, en la salud mental que son el DSM V y CIE 10 u 11 dependiente del país. Entre las críticas a estos enfoques se mencionan que las categorías diagnósticas están sujetas a decisiones teóricas, culturales y políticas, debido a que en sus versiones se evidencian que algunos están relacionadas a constructos por consensos situacionales, por lo que se sugiere que hasta que medida los diagnósticos reflejan la situación del paciente y no solo representan conductas cotidianas, sin ser patologizante. Además, este enfoque promueve la individualización del malestar, culpabilizando al individuo de su propio sentir o malestar, excluyendo el contexto del individuo, que puede ser un factor para mantener o exacerbar la situación que presenta el individuo (Amador, 2024).

Estigmatización y Efecto de la Etiqueta Diagnóstica

La palabra estigma, proviene del griego στίγμα (stigma), que hacía referencia a una persona que le es infringida una marca realizada como castigo ante un delito o como símbolo de esclavitud y que indicaba que la persona debía ser evitada y excluida (González S. , 2020). Entonces, el estigma se puede entender como un distintivo simbólico o socialmente construido, asociando a un individuo con características negativas y desvalorizantes, que generan en el colectivo actitudes de rechazo y discriminación.

En el campo de la salud mental es recurrente la utilización de este constructo, refiriéndose a las personas que acuden a servicios de salud mental, lo que desencadena

consecuencias en la vida del paciente, debido a que se lo etiqueta como peligroso, débil o inútil, lo que provoca exclusión y autoestigmatización (Martínez & Rosas, 2021).

López y Álvaro (2025) mencionan que, si bien darle un nombre al malestar es útil en contextos diagnósticos y contribuye en aliviar sentimientos de culpa, también se identifican contravenciones, entre ellos la estigmatización y a su vez la tendencia a reducir problemáticas complejas a cuestiones más individuales, además de atribuir ciertos comportamientos a etiquetas diagnósticas para encubrirlos, lo que despoja a los pacientes del significado subjetivo de su experiencia, sometiéndose la narrativa a cuestiones biomédicas. A su vez, se constata la tendencia a codificar el sufrimiento, omitiendo procesos que originan el sentir, a situaciones temporales y que inciden en la construcción de la identidad de quien es diagnosticado (Mickelberg et al., 2024)

Limitaciones para Guiar Tratamientos Específicos y Personalizados

El enfoque en trastornos aislados en la CIE 10 y DSM V, conducen a la investigación y a los tratamientos a concentrarse en diagnósticos clínicos separados y sus causas únicas. Por lo que los tratamientos psicológicos deben ser personalizados, no generalizados por trastornos teniendo solo en consideración las manifestaciones semiológicas, que se está dentro de una misma categoría diagnóstica, porque aún con ese factor en común, el contexto, historia de vida, antecedentes patológicos, factores de protección y riesgo de cada paciente es distintos, por lo que la manifestación de los síntomas también no será simétrica. Como señalan Muela y Sansinenea (2020) “Utilizar el mismo tratamiento para cada paciente y para cada trastorno es una práctica clínica contraindicada y una conducta poco ética”

El Enfoque Transdiagnóstico: Fundamentos Conceptuales

Origen y Evolución Histórica del Paradigma Transdiagnóstico

El transdiagnóstico surge debido a la insatisfacción, en base a tres ejes con los modelos categoriales predominantes, los cuales se sustentan en, el problema derivado de la elevada comorbilidad y el riesgo de estar promoviéndose la medicalización de problemas de la vida o acontecimientos vitales, así como el sobrediagnóstico (González et al., 2018). Comenzando con la insatisfacción con el diagnóstico psiquiátrico, refiriéndose a los modelos categoriales aplicados en todo el mundo para el diagnóstico de los trastornos mentales, como lo son el DSM V y CIE 11 que no comprenden en su totalidad el espectro de las manifestaciones clínicas para determinar si se cuenta o no con un trastorno.

La segunda línea está relacionada con el problema de la comorbilidad, situación que se ha convertido en la norma, no en situaciones aisladas, mencionando en el mismo artículo las siguientes cifras que ilustran el concepto, “El 59% de personas con depresión mayor; el 77% de usuarios con diagnóstico de anorexia nerviosa; el 80% de pacientes con abuso de drogas o el 96% de sujetos con trastorno obsesivo compulsivo presentan al menos otro síndrome clínico comórbido como diagnóstico secundario” (González et al., 2018), que entendiéndolo desde este sistema categorial definiría la intervención por el trastorno principal presente dejando de lado el diagnóstico secundario hasta segunda instancia, además de ejemplificar el índice que se puede observar en cuanto a las comorbilidades.

Y, por último, el riesgo de medicalizar problemas de la vida aludiendo a el número creciente de categorías y nosología diagnósticas que introducirían la psicopatología en la normalidad de algunos procesos vitales, definiendo problemas de la vida cotidiana como condiciones o manifestaciones clínicas (González et al., 2018).

El nacimiento del término transdiagnóstico se remonta al 2003, los autores Fairburn, Cooper y Shafran en su artículo “Cognitive behaviour therapy for eating disorders: a “transdiagnostic” theory and treatment” emplean el término para proponer que la psicopatología comparte procesos psicológicos que trascienden las categorías diagnósticas propuestas en los manuales, que a su vez, explican la fluctuación frecuente entre la anorexia, bulimia y atracones (págs. 509-528).

A partir de 2004, los autores Harvey et al. extienden el concepto inicial, que involucraba el transdiagnóstico con los trastornos de la conducta alimentaria ahora a los trastornos emocionales, en general con la propuesta de ser un modelo explicativo que se basa en procesos cognitivos y afectivos en común, encontrando a la rumiación, evitación experiencial e intolerancia a la incertidumbre, como procesos que se evidencian dentro de las patologías que se estudiaban. Barlow, Allen y Choate en el 2004, introducen el concepto de Tratamiento Unificado para los Trastornos Emocionales, que, en el 2011, se cristalizaría en el Protocolo Unificado para el Tratamiento de los Trastornos Emocionales primera edición, que cuenta con una versión para los profesionales de salud mental y otro para el paciente (Sandín, 2014).

Definición y Principios Básicos del Transdiagnóstico

El transdiagnóstico se origina a partir de teorías Cognitivo-Conductuales y tratamientos para trastornos alimentarios, que luego se extendieron su explicación, a la ansiedad y los trastornos depresivos. La justificación transdiagnóstica inicial se basa en dos puntos centrales: a) estos trastornos comparten procesos etiológicos y de mantenimiento comunes, y, b) el número cada vez mayor de manuales de tratamiento específicos para trastornos es un obstáculo para la implementación de tratamientos cognitivo-conductuales (Fusar et al., 2019).

Del "Qué Tienes" al "Cómo Funcionas": Un Cambio de Perspectiva

La práctica clínica de los profesionales está centrada en los aspectos clínicos mencionados en el DSM y la CIE, sin embargo, como ya se ha relacionado en esta investigación, estos referentes muestran limitaciones, que se relacionan con la comorbilidad, medicación de procesos cotidianos y pérdida de la vivencia subjetiva (González et al., 2018).

En salud mental, la interrogante de ¿qué tienes?, refleja una mirada del modelo biomédico priorizando la denominación del conjunto de síntomas que la intervención, debido a que el paciente busca una respuesta inmediata que explique su situación, por lo que, al aumentar la evidencia científica con respecto a las terapias y modelos de clasificación, surgen nuevas interrogantes que sostienen el avance de la ciencia, como lo ejemplifica la interrogante del ¿cómo funcionas? (Aguilar, 2024)

El transdiagnóstico responde a la interrogante mencionada, debido a que, está basada en la identificación los procesos que subyacen a cada trastorno o malestar, como lo pueden ser la desregulación emocional, sesgos atencionales y de memoria, rumiación, entre otros; lo que modifica la narrativa de la etiqueta a procesos menos estigmatizantes y que permiten intervenciones más integradas y personalizadas (González et al., 2018).

Enfoque en Procesos Psicológicos Subyacentes vs. Síntomas Superficiales

El DSM y la CIE tienen sus raíces en la medicina y se basan en un enfoque de “causa común”, asumiendo que un trastorno mental consiste en una sintomatología que derivan todos de una o más causas subyacentes. Esto explica la búsqueda persistente de causas subyacentes, principalmente biológicas, y de vías finales comunes para trastornos mentales específicos (González et al., 2018).

La clasificación categorial, como los manuales antes mencionados, pueden significar un menor enfoque en los síntomas subumbrales, que si bien, se puede lograr

una intervención indirecta en ellos, también pueden significar el mantenimiento o agudización del otro trastorno, debido a que se solapa la intervención en las manifestaciones más directas o percibidas como agravantes de la situación, sin tenerlas en consideración. Desde el enfoque transdiagnóstico los síntomas son consecuencias identificables de mecanismos profundos, como puede significar que, por ejemplo, la rumiación esté relacionada con trastornos como la depresión, ansiedad y estrés postraumático, mientras que el caso de la evitación experiencial es identificado en fobias, ataques de pánico, obsesiones y demás (Aguilar, 2024).

Fundamentándose en lo expresado por Seligman se sostiene que, al abandonar los diagnósticos de síntomas categóricos y en su lugar centrarse en los procesos transdiagnósticos subyacentes, “esos procesos transdiagnósticos se convierten en los verdaderos trastornos” (Roefs et al., 2022)

Diferencias y Complementariedad entre los Enfoques Categorical y Dimensional

Enfoques categoriales ordenan los elementos en categorías dentro de un sistema de clasificación que es esencialista, numérico, empirista, inferencial, monotética y politética, mientras que, por su parte, el enfoque dimensional comprende la presencia o ausencia de una característica en concordancia con un sistema de referencia teórico, priorizando la descripción del trastorno, y no su categorización (González & Álvarez, 2022).

Las diferencias parten desde su ontología, debido a que, el enfoque categorial identifica los trastornos como entidades discretas, el enfoque dimensional por su parte, lo hace desde continuos de funcionamiento, el diagnostico categorial en esencia es la presencia o no del trastorno, no existe punto medio, mientras que, en el dimensional se identifican grados e intensidad de los procesos, beneficiando la individualización

terapéutica adaptándola al contexto del paciente, sin embargo, requiere entrenamiento y preparación del profesional (Andrade, 2003).

Procesos y Mecanismos Transdiagnósticos Centrales

Procesos Cognitivos Comunes

Sesgos Atencionales y de Memoria

Los sesgos condicionan en cómo se percibe el entorno, por lo que se debe procurar precautelar e identificar con que sesgos se convive a diario, teniendo en consideración desde la teoría, al estudiar los sesgos estos se relacionan, en cómo los seres humanos razonan, actúan, toman decisiones, cómo y por qué se equivocan (García et al., 2022).

Lavigne et al. (2024) expresan que “los sesgos de atencionales aluden a tendencias en el procesamiento de información perceptiva, por las que, ciertos estímulos son preferentemente salientes, por ejemplo, estímulos negativos o amenazantes presentes en trastornos del estado de ánimo y de ansiedad”. Estos mismos autores definen los sesgos de memoria en trastornos psiquiátricos, con evidencia de focalización de la memoria con los estímulos de significado negativo y pérdida de memoria, para estímulos con connotación positiva, por ello este sesgo se asocia con la gravedad de los síntomas depresivos, y la repetición de recuerdos de momentos adversos que acentúan la expresión de sintomatología negativa (Rancel & Sosa, 2023).

Estilos de Rumiación y Preocupación

La rumiación se refiere a la concentración en pensamientos repetitivos, es decir, el análisis de un mismo evento, sus causas, errores o consecuencias, no en sus soluciones o estrategias de afrontamiento (Ortega, 2021).

La rumiación cognitiva se ha identificado en síntomas psicopatológicos internalizantes, como la ansiedad y depresión indicado como predilector clave para su

manifestación, mientras que, en la somatización se señala como un dolor crónico debido a que la evidencia no es concluyente (Toro et al., 2020). Por su parte, la rumiación cognitiva y la psicopatología externalizante se asocian con las conductas desadaptadas, agresivas, el tono de voz elevado, la ingesta desproporcionada de alcohol, la agitación psicomotora y la desobediencia (Toro et al., 2020).

El estudio de la rumiación como proceso transdiagnóstico, ha impulsado el desarrollo del "Modelo de Flujo de Ruminación (FMR)", que define a la rumiación como una “interrupción de un flujo suave de contenidos mentales en la experiencia consciente que depende de las interacciones coordinadas entre la intención, la memoria, el afecto y los eventos externos” (Wong et al., 2023).

Tolerancia a la Incertidumbre y Sesgo de Amenaza

La incertidumbre está presente en cada momento de la vida de un individuo, en cualquier circunstancia o escenario, tiempo, personas o contextos, forma parte de la esencia misma de la vida. Sin embargo, los individuos que toleran la incertidumbre pueden adaptarse a las circunstancias y tomar decisiones contextualizadas y adaptativas, por otro lado, los que son intolerantes a la incertidumbre que se caracterizan por evitar aquellas circunstancias que le provocan esa sensación, lo que conlleva en psicopatología a trastornos de ansiedad (Sandhu et al., 2023).

Gerdan (2025) menciona que, cuando la tolerancia a la incertidumbre falla se produce un modelo de evitación por contraste que involucran otros procesos transdiagnósticos, como lo son, la preocupación y la rumiación, que, a su vez, contribuyen a mantener un estado emocional negativo.

Procesos Emocionales y Regulación Afectiva

Alexitimia y Dificultades en la Identificación de Emociones

La alexitimia es la incapacidad de nombrar el propio sentir, es interpretado como un déficit cognitivo en el procesamiento y modulación de las emociones, caracterizado por dificultades en diferenciar sentimientos de sensaciones somáticas, la comunicación de sentimientos, limitada capacidad de imaginación y por último, el pensamiento operatorio (Cantos & Solórzano, 2025).

La alexitimia no es solo una constante en la depresión y ansiedad, sino que, también se manifiesta en trastornos de la conducta alimentaria, una revisión metanaalítica examina el contexto antes mencionado, mediante la Escala de Alexitimia de Toronto (TAS), en la sus estudios indican que los participantes con depresión, ansiedad o trastornos alimentarios tuvieron un TAS total significativamente más alto, en dificultades para identificar sentimientos y dificultades para describir las puntuaciones de sentimientos en comparación con los controles (Yeung et al., 2025).

Evitación Experiencial y Supresión Emocional

La evitación experiencial se refiere a un fenómeno en el cual los individuos muestran un rechazo para enfrentarse a ciertas experiencias personales, incluidas las sensaciones físicas, emociones, pensamientos, recuerdos y tendencias conductuales (Wang et al., 2024).

Akbari et al (2022) menciona que la sensibilidad a la ansiedad modera la relación entre la evitación experiencial, la ansiedad y la depresión, y viceversa, añadiendo en la ecuación, desde la depresión a los trastornos obsesivos compulsivos. Por lo que, la evitación experiencial se define como un proceso transdiagnóstico y transcultural relevante en los trastornos mencionados y a su vez, en el Trastorno de

Estrés Postraumático, útil para la evaluación de comorbilidades y posterior plan de tratamiento.

Procesos Conductuales

Conductas de Evitación y Escape

Las conductas de evitación y de escape pueden considerarse inicialmente como adaptativas, sin embargo, también pueden influir en el mantenimiento de patologías. La evitación se relaciona con eludir el contacto, con estímulos que se pueden considerar peligrosos o aversivos, por su parte, el escape está relacionado al abandonar la situación, porque el estímulo que fue considerado peligroso o aversivo está presente (Przeworski & Newman, 2024).

Las dos conductas están relacionadas con el principio del refuerzo negativo del conductismo, debido a que reducen la ansiedad a corto plazo, lo que conduce a reforzar la conducta y aumentar la probabilidad repetición en una nueva oportunidad, sin embargo, también se limita la exposición a experiencias que podrían discrepar las creencias instauradas acerca de su significado, manteniendo la ansiedad, fobias y estrés postraumático (Przeworski & Newman, 2024).

Activación y Apatía Conductual

La activación conductual es la inercia vital, que está presente comúnmente en estados de ánimo bajo (Bianchi & Muñoz, 2014), mientras que, la apatía conductual es una disminución en la iniciativa y el interés en realizar cualquier actividad (Eyler & Emmanuel, 2023).

La activación conductual como tratamiento es utilizada en trastornos de ansiedad y depresión debido a que los pacientes experimentan mejoras en los síntomas, además también se utiliza en la prevención de patologías (Coto et al., 2020), a su vez, también

se muestra evidencia en el trastorno de estrés postraumático, porque aborda conductas problemáticas de evitación (Etherton & Farley, 2022).

Por su parte, la apatía está relacionada con el trastorno depresivo mayor, enfermedad de Alzheimer, demencia frontotemporal, enfermedad de Parkinson, enfermedad cerebrovascular y demencia vascular, entre otros, puesto que se trata de alteraciones en los circuitos cerebrales que involucran la corteza prefrontal, el cíngulo anterior y el estriado ventral, regiones clave para la motivación y la toma de decisiones orientadas a objetivos (Fahed & Steffens, 2021)

Modelos y Marcos Explicativos Transdiagnósticos

Modelo de la Triple Vulnerabilidad (Barlow)

Barlow (2004) propone el modelo de triple vulnerabilidad, que sustenta la evolución de los trastornos emocionales es vinculada con vulnerabilidades biológicas, psicológicas generalizadas y específicas las cuales se interrelacionan.

Con respecto a la vulnerabilidad biológica se refiere a las contribuciones genéticas, para el desarrollo del trastorno que pueden estar inactivos o latentes, lo que se medirá por la interacción con el ambiente, intervienen, a su vez, el afecto negativo y positivo (Barlow, 2004).

La vulnerabilidad psicológica generalizada, se manifiesta en consecuencia de experiencias vitales tempranas, medidas bajo algunas circunstancias que exhortan a experimentar ansiedad, por ejemplo, las experiencias pueden no ser nocivas o traumáticas, pero contribuyen a experimentar los síntomas (Barlow, 2004).

Mientras que la vulnerabilidad psicológica específica se refiere al aprendizaje mediante la representación de una situación de amenaza, es decir, se basa en relación con la interacción con el entorno y su contexto. La coordinación de las tres

vulnerabilidades antes mencionadas contribuye en la aparición de un trastorno (Barlow, 2004).

El Modelo Transdiagnóstico de los Trastornos Emocionales (Unified Protocol)

El Protocolo Unificado para el Tratamiento Transdiagnóstico de los Trastornos Emocionales (PU) publicado por Barlow y colaboradores, en su primera edición en el 2011 y segunda edición en 2019, basada en la terapia cognitivo conductual de tercera generación. utilizando técnicas como el mindfulness, aceptación y exposición emocional y la reestructuración cognitiva, el protocolo es aplicable en formatos individuales, grupales de modalidad presencial u online, a su vez, cuenta con dos manuales, uno dirigido a los pacientes y otro a los terapeutas.

El manual del terapeuta está estructurado en dos partes, la primera corresponde a los conocimientos previos para el terapeuta incluyendo el concepto del protocolo, la eficacia y evidencia, la población objetivo, evaluación y seguimiento, concepciones del tratamiento farmacológico, el rol que desempeña el terapeuta y por último el uso del manual del paciente antes mencionado, por lo que es necesario que el profesional se forme para poder administrar su aplicación de manera idónea. También se incluye la naturaleza de los trastornos emocionales y el esquema general del tratamiento basado en la descripción de los módulos, técnicas utilizadas, formato de sesiones, tareas para la casa y el manejo de la ambivalencia y resistencia.

La segunda parte está relacionada con los ocho módulos orientados en las siguientes temáticas:

Módulo 1. Estableciendo objetivos y manteniendo la motivación.

Módulo 2. Comprendiendo las emociones.

Módulo 3. Conciencia emocional plena.

Módulo 4. Flexibilidad cognitiva.

Módulo 5. Oponiéndose a las conductas emocionales.

Módulo 6. Comprender y afrontar las sensaciones físicas.

Módulo 7. Exposiciones emocionales.

Módulo 8. Reconocer tus logros y mirar hacia el futuro.

Las líneas de investigación que propiciaron el desarrollo del Protocolo

Unificado son tres, citadas por Facio, Abdala & Groh (2019) las cuales corresponden en primer lugar a la gran cantidad en común de características que tienen los trastornos emocionales lo que deriva en comorbilidad; en segundo lugar, se tiene en consideración la estructura jerárquica de los trastornos emocionales identificando dos dimensiones básicas en la personalidad el afecto negativo, también llamado neuroticismo, y efecto positivo o extraversión; y en tercer lugar las reacciones negativas a la experiencia emocional respecto a su experimentación y aceptación.

El Modelo de Procesos Transdiagnósticos en Psicosis

La psicoterapia cognitivo analítica desde sus cimiento tenía matices afín con el transdiagnóstico, debido a que priorizaba los procedimientos que organizan la conducta y las distorsiones que moldean la experiencia, con el avance de la investigación en terapia, se han incorporado los mecanismos de vulnerabilidad y de respuesta, permitiendo monitorear la manera en la que el malestar inicial se transforma en patrones de afrontamiento que mantienen el problema, la observación a estos patrones permite elaborar hipótesis más precisas sobre como la persona construye el significado, regula sus emociones e interactúa con su entorno (Mirapeix, 2018).

La comprensión del self, parte desde distintas dimensiones como lo son lo corporal, experiencial básico, afectivo, acciones que determinan el carácter, capacidades intersubjetivas, los componentes cognitivos y psicológicos, así como, la reflexividad y narratividad, estas dimensiones se interrelacionan y definen la manera en la que el

individuo se percibe, se regula y se relaciona, el estudio se basa en identificar cuales dimensiones se mantienen estables, cuales se alteran ante situaciones estresantes y en qué medida surgen fallas que sostienen la sintomatología (Mirapeix, 2018).

La formulación de casos desde este modelo, se basa en trazar un mapa dinámico donde los mecanismos transdiagnósticos se unen a las particularidades del self, las cuales corresponden a aspectos biológicos, historia evolutiva, esquemas tempranos, memoria autobiográfica, estilos de apego, vulnerabilidades temperamentales e influencias contextuales que interactúan entre sí y que permite conocer el nivel de introspección que tiene el individuo para poder trabajar en función de ello (Mirapeix, 2018).

Marco de los Factores de Mantenimiento Comunes

En el libro “Cognitive behavioural processes across psychological disorders: A transdiagnostic approach to research and treatment” publicado por Harvey et al. (2004), se mencionan varios dominios cognitivos y conductuales que actúan como factores transdiagnósticos de mantenimiento comunes, entre ellos:

La atención, en el marco de los factores de mantenimiento transdiagnósticos, se puede focalizar hacia las amenazas percibidas en el entorno, sensaciones físicas o pensamientos que el sujeto interpreta como peligro, lo que condiciona la capacidad de observar el entorno con amplitud, fortaleciendo respuestas motivadas por el temor, convirtiéndose en un filtro que amplifica lo que el sujeto evita experimentar lo que genera un terreno fértil para el surgimiento y mantenimiento de patologías (Harvey et al., 2004).

La memoria, no solo es almacenar recuerdos, sino que también los puede moldear a conveniencia del sujeto, es así que, los recuerdos negativos que tienen a ser fracasos, peligros o pérdidas eclipsan a los recuerdos más equilibrados o incluso a los

positivos, por lo que este factor desempeña un papel decisivo en el mantenimiento de la situación del sujeto (Harvey et al., 2004).

El razonamiento, que se reconoce como cadenas de inferencias que suelen estar asociadas a premisas sesgadas que conllevan a explicaciones rígidas y disfuncionales con la realidad, los sujetos no solo interpretan los hechos, sino que crean significados que confirman sus temores, aún si la evidencia señala lo contrario (Harvey et al., 2004).

Pensamiento recurrente o rumiación, interpretado como un laberinto sin salida que en el que solo se circula por la misma idea sin buscar solucionarlo, lo que intensifica la autoconsciencia negativa que prolonga el malestar emocional logrando hacerlo resistente al cambio, consumiendo recursos cognitivos y atrapando al sujeto en un diálogo interno sin fin y desgastante (Harvey et al., 2004).

Y, por último, el comportamiento se puede asimilar como el que termina el ciclo de mantenimiento, en este factor se evidencian conductas protectoras como evitar, escapar, comprobar o búsqueda de seguridad inmediata que ofrecen un alivio momentáneo pero que a su vez también limitan al afrontamiento de la situación y refuerzan la idea de incapacidad que con el tiempo consolida el problema, es decir, limita el actuar en la vida cotidiana (Harvey et al., 2004).

La Aplicación del Transdiagnóstico en la Práctica Clínica

Evaluación Transdiagnóstica

Herramientas e Instrumentos de Evaluación de Procesos Transdiagnósticos

Entre las herramientas e instrumentos de evaluación de procesos transdiagnósticos se encuentran una variedad de constructos entre ellos, los que son detallados a continuación.

Escala de Dificultades en la Regulación Emocional (DERS), que a partir de seis factores evalúan: no aceptación de la experiencia emocional, la conducta impulsiva, las

estrategias en base a la percepción del acceso y su uso, con el fin de evidenciar la manifestación del malestar emocional, conciencia sobre la experiencia emocional propia y la claridad en las emociones (Blancas et al., 2024).

Cuestionario de Sesgos Cognitivos para la Psicosis (CBQp), desarrollado para evaluar sesgos cognitivos en la psicosis mediante 30 descripciones en situaciones cotidianas divididas en 15 sobre percepción anómala y 15 relacionados con eventos amenazantes, el instrumento es autoaplicable (Corral et al., 2021).

Cuestionarios de Pensamientos Repetitivos Negativos-10 (CPNR-10) evalúa la presencia de pensamientos negativos repetitivos mediante la versión abreviada de 10 ítems, valorada en la escala de Likert de 5 puntos (Gutiérrez et al., 2018).

El Cuestionario de Procesos Cognitivos y Conductuales está constituido por 15 ítems seguido por una escala gráfica de Likert de 9 puntos (0–8) que se utilizaba para evaluar el grado de participación autoinformada en cada proceso, por ejemplo, 0 = Siempre buscó amenazas; 2 = Mayormente buscó amenazas; 4 = Igual; 6 = Mayormente solo notó las cosas a su alrededor; 8 = Siempre solo notó las cosas a su alrededor. Los puntajes totales oscilan entre 0 y 120 (Patel et al., 2015).

Cuestionario de Aceptación y Acción-II consta de una escala de autoinforme de 10 ítems que se puntúa en escala tipo Likert, en la que la puntuación más alta indica una mayor evitación experiencial, con puntajes que van de 10 a 70 (Arias et al., 2023).

Cuestionario de Pensamiento Perseverativo (PTQ), se trata de un cuestionario de autoinforme independiente del contenido del pensamiento negativo repetitivo que consta de 15 ítems que evalúan características centrales, improductividad percibida y la capacidad mental de captura del pensamiento negativo repetitivo (Ehring et al., 2011).

Inventario Multidimensional de Trastornos Emocionales (MED), es un autoinforme diseñado específicamente para medir las dimensiones propuestas por Bron

y Barlow en el 2009, en las que se incluyen el neuroticismo (afecto negativo) y la activación fisiológica positiva (Pérez et al., 2024).

Escala de Procesos Transdiagnósticos de Síntomas Emocionales (TPESS) es de desarrollo reciente, diseñada para evaluar riesgo cognitivo transdiagnóstico de malestar emocional, la escala demostró una validez predictiva incremental y única de los diversos síntomas emocionales teniendo en consideración los factores de riesgo como lo pueden ser los rasgos de personalidad o desregulación emocional (Hong et al., 2025).

La Formulación de Caso desde una Perspectiva Transdiagnóstica

La perspectiva transdiagnóstica parte de entender que el caso clínico que atraviesa el paciente, se estipula desde los procesos conductuales y cognitivos que se están expresando mediante síntomas que influyen en la funcionalidad del paciente (Aguilar, 2024).

Un ejemplo de formulación e intervención clínica desde una perspectiva transdiagnóstica es el trabajo realizado por Baldovino (2016) en el caso de Miguel, un sujeto que fue privado de su libertad, durante seis meses, y que en el momento del estudio de caso presenta depresión y ansiedad.

El caso analiza a Miguel desde la interacción entre procesos que se repiten en los distintos cuadros clínicos que presenta, evitando limitarse a fragmentar sus síntomas y clasificarlos en etiquetas aisladas, se observa como la privación de la libertad interrumpe abruptamente el funcionamiento previo del paciente y acentúa las vulnerabilidades presentes pero que no eran incapacitantes, entre los atenuantes se encuentran, la incertidumbre, la sensación de pérdida de control en su vida y su reconocimiento social que allanan el camino para reacciones emocionales, cognitivas y conductuales, que influyen en la sintomatología presentada y denominada como cuadro depresivo y ansioso.

Miguel después de atravesar la situación interpreta cualquier señal como crítica, desaprobación o pérdida del estatus que tenía antes de ser privado de su libertad, lo que desencadena un aumento en la tensión fisiológica (influidos por los sesgos atencionales), recuerdos dolorosos (sesgos de memoria) y estilo de pensamiento distorsionado (implicando procesos de rumiación), que no solo reflejan en si la situación que vivió, sino que a su vez, también se entrelaza con creencias más profundas arraigadas a su historia, que lo hacen percibirse como una persona vulnerable, culpable e incapaz de enfrentar situaciones inesperadas (intolerancia a la incertidumbre) (Baldovino, 2016).

Por ello, desde el transdiagnóstico se entiende que el caso de Miguel no es la suma de sus síntomas sino que está relacionado con su vulnerabilidad biológica, historia personal e interpretaciones realizadas por él, lo que permite establecer objetivos terapéuticos coherentes en base a ampliar la conciencia emocional, flexibilizar el pensamiento, retornar a los espacios que ha dejado en pausa y fortalecer su relación consigo mismo y con los demás desde la aceptación y asertividad, interviniendo los procesos antes mencionados en conjunto.

Intervenciones y Tratamientos Transdiagnósticos

Terapias Contextuales y de Tercera Generación (ACT, DBT, FAP)

Las terapias transdiagnósticas incluyen las contextuales entre las que se encuentran la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT), Terapia Dialectico Conductual (DBT) y la Psicoterapia Analítico funcional (FAP).

La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) desarrollada apoyándose en la Teoría del Marco Relacional (RFT) y en conceptos como la inflexibilidad psicológica, buscando enseñar a los pacientes a sobrellevar el malestar y encaminarse a sus metas generales de tratamiento. El plan de trabajo dentro de ACT consiste en seis fases donde

se trabajarán con objetivos en particular, por lo que, es necesario desarrollar estrategias, técnicas e intervenciones específicas, lo que implica que cada fase será distinta. Son seis las fases que incluye esta terapia: “1.- Desesperanza Creativa, 2.- El control es el problema y no la solución, 3.- Construyendo la Aceptación, 4.- El Yo como contexto, 5.- Valorando y 6.- Estar Dispuesto y el Compromiso” (Álvarez, 2019).

Terapia Dialectico Conductual (DBT) desarrollada por la psiquiatra Marsha Linehan para el tratamiento del Trastorno Límite de la Personalidad, es decir, para “tratar a pacientes con desregulación emocional, ha mostrado evidencia específicamente en el tratamiento a personas con trastorno límite de personalidad. A su vez, se utiliza para tratar múltiples problemáticas como ideación suicida, conductas autolesivas, impulsividad, consumo de sustancias y/o trauma.” (Altamirano & Medina, 2019)

Psicoterapia Analítico funcional (FAP), “El procedimiento de trabajo en FAP se basa en las conductas (pensar, hablar, moverse) que presenta el paciente durante la sesión de trabajo; a estas conductas se les llamara Conductas Clínicamente Relevantes (CCR).” (Álvarez, 2019). Por lo que el objetivo de la terapia es incrementar conductas clínicamente relevantes como expresar emociones, pedir ayuda o establecer límites, también reducir las conductas problemáticas, así como fortalecer la conciencia y el análisis funcional de su conducta (Ortiz & Marín, 2022).

El Protocolo Unificado para el Tratamiento de los Trastornos Emocionales

El protocolo unificado responde al modelo de triple vulnerabilidad propuesto por Barlow (2004) y a un enfoque transdiagnóstico dimensional, en este caso se aplica al tratamiento de los trastornos emocionales.

Se han desarrollado investigaciones respecto a la modalidad de aplicación, eficacia y viabilidad, entre los que se destacan los realizados en España principalmente. La viabilidad y utilidad clínica del protocolo en estudiantes universitarios ha

demostrado resultados basados en los momentos pre-/post-tratamiento y seguimiento (a los tres y seis meses), muestran una importante reducción de la sintomatología ansioso-depresiva (Arrigoni et al., 2022).

La aplicación en formato grupal, es sustentada por un estudio realizado en España, realizado en un grupo conformado por 35 participantes, que obtuvieron una mejora en la gestión emocional, reducción de sintomatología ansiosa y depresiva, mejoría en el bienestar subjetivo y funcionamiento (Rodríguez et al., 2022). Por lo que se infiere que el PU es eficaz y viable en la aplicación en contextos de atención sanitaria como estrategia de afrontamiento ante la experimentación de emociones negativas reduciendo la evitación experiencial.

Principios de Cambio que Trascienden el Diagnóstico

Los principios que rigen la transición del diagnóstico categorial al dimensional, transdiagnóstico, son las evaluaciones ideográficas y longitudinales. En la práctica clínica en el transdiagnóstico se elabora un análisis centrado en la identificación de los procesos que subyacen cada manifestación clínica, utilizando mediciones repetidas para controlar la evolución una vez se empieza el proceso de tratamiento (Stangier et al., 2024).

Otro principio es la flexibilidad modular basada en los mecanismos, explicando que la intervención es constituida por módulos centrados en procesos transdiagnósticos, los cuales se dirigen en función de la hipótesis funcional para conseguir mejoría en el paciente y la autonomía (Barlow et al., 2020).

Principalmente estos mecanismos se centran, en los procesos que componen lo que tradicionalmente se definen como trastornos, con el fin de establecer intervenciones y no diagnósticos estáticos, que luego serán intervenidos de manera inflexible por protocolos establecidos por patologías (Aguilar, 2024).

Ventajas Percibidas de la Aplicación Transdiagnóstica

Eficiencia y Economía en la Formación y Práctica Clínica

El creciente índice de la demanda en salud mental se dificulta con la baja oferta de profesionales capacitados, aquello se suman las prácticas clínicas basadas en la etiqueta diagnóstica, que representan el panorama actual del país. La aplicación del transdiagnóstico supone una disminución en los precios que están asociados a una atención en un plazo extenso, relacionados con el tratamiento aislado de trastornos, debido a la intervención de todo el espectro sintomatológico, interviniendo en procesos que se encuentran en diferentes trastornos pero que perpetúan el malestar (Antuña et al., 2023). Por lo que, es fundamental que los profesionales de salud mental muestren actitudes positivas ante la actualización constante de conocimientos, basados en los avances de la psicoterapia y diagnóstico.

Por ejemplo, la práctica clínica desde el proceso transdiagnóstico de la regulación emocional supone ser más eficiente y menos costoso, al estar relacionado con la mayoría de los trastornos que evidencian la manifestación clínica, que impulsa al paciente a buscar ayuda psicológica, mediante la implementación de programas transdiagnósticos personalizados y contextualizados (Antuña et al., 2023).

Personalización y Flexibilidad del Tratamiento

Considerando los aspectos esenciales del transdiagnóstico, en conjunto con, las alternativas psicoterapéuticas a utilizar basados en la evidencia, se identifica que este enfoque permite en la práctica clínica la personalización de la intervención y la flexibilidad del tratamiento, lo que se traduce en un mayor índice de recuperación (Aguilar, 2024).

Según Harnas et al (2024), el tratamiento psicológico personalizado y flexible, tiene como objetivo optimizar el resultado del tratamiento para cada paciente adaptando

el tratamiento a necesidades, disponibilidad de tiempo, preferencias u otras características únicas o específicas que presente el caso en particular, e incluye una adaptación sistemática del tratamiento o una diferenciación entre estrategias terapéuticas aplicables.

El Profesional de Salud Mental en el Contexto del Transdiagnóstico

Competencias y Habilidades Requeridas para el Enfoque Transdiagnóstico

Análisis Funcional de la Conducta

Kaholokula, et al. (2013) en su artículo titulado “Análisis funcional en evaluación conductual y formulación de casos clínicos” plantean el caso de un paciente que experimenta episodios depresivos, consumo excesivo de alcohol y conflictos conyugales, para empezar a desarrollar el caso se cuestionan: ¿Dónde debe centrar su intervención el profesional clínico?, la respuesta, reside en la jerarquización de prioridad de las problemáticas, que pueden establecerse por el malestar causado, el riesgo que representa para sí mismo y para los demás, y en cómo se ve afectada su calidad de vida.

En el mismo artículo de Kaholokula, et al. (2013) se menciona, “podría pensarse que el estado de ánimo depresivo conduce al abuso de alcohol y éste, a su vez, a conflictos con la pareja o, por el contrario, que los conflictos con la pareja dan lugar al consumo de alcohol y a un estado de ánimo depresivo.”, por lo que el análisis de la conducta desde un enfoque ideográfico es fundamental (pág. 118).

Habilidades para la Formulación de Caso Centrada en Procesos

La formulación de casos clínicos orientada a procesos, se consolida como una habilidad esencial en psicoterapia contemporánea, debido a que permite integrar factores dinámicos y contextuales que facilitan la comprensión del malestar psicológico que presenta el paciente.

Gazzillo, Dimaggio & Curtis (2021) proponen un enfoque “bottom-up” que prioriza la identificación de metas, conflictos y patrones relacionales específicos del paciente, superando la rigidez de los modelos categoriales y favoreciendo intervenciones personalizadas. Lo que permite al profesional formular el caso desde los procesos que atraviesa el paciente y diseñar intervenciones contextualizadas, por lo que, la formulación de un caso desde este enfoque beneficiaría en la estructuración del plan terapéutico.

Factores que Influyen en la Adopción del Enfoque Transdiagnóstico

Formación Académica y Tipo de Orientación Teórica

El profesional en salud mental debe ser capaz y competente, de acuerdo con, su formación académica, por lo que, se podría inferir que entre mayor nivel académico tenga el profesional, mayor es el conocimiento con el que se cuenta en distintas áreas, teorías y modelos, que fundamenten y guíen su ejercicio profesional. Por ejemplo, desde la psicología, el profesional debe tener una base sólida en el área clínica para poder ejercer la labor de psicoterapeuta, por lo que, es necesaria una maestría o especialización, y debido a que el transdiagnóstico tiene bases en el modelo cognitivo-conductual, el profesional debe conocer el modelo desde sus fundamentos hasta sus terapias basadas en la evidencia (Dalglish et al., 2020).

Concordando con lo manifestado por, de la Rosa et al. (2023), la formación contemporánea incorpora entrenamientos específicos en competencias clínicas transdiagnósticas, incluyendo la flexibilidad terapéutica, formulación centrada en procesos y destrezas para intervenciones en entornos digitales. Este perfil académico y teórico permite al profesional en salud mental responder a la alta comorbilidad con estrategias basadas en procesos, optimizando la eficacia terapéutica en contextos presenciales y virtuales.

Experiencia Clínica y Actitudes hacia la Innovación

Desde que un profesional de la salud mental se gradúa, se enfrenta a una realidad clínica que no está expresada en su totalidad en la formación explícita de las universidades, manuales diagnósticos o artículos científicos, por lo que la habilidad se estructura en base a la experiencia clínica que se adquiere mediante la práctica, que demanda a su vez, profesionales creativos con respuestas innovadoras ante los casos que se reciben en consulta (Aguilar, 2024).

Etchemendy, Rasal y Fernández (2024) expresan que las actitudes hacia la innovación son un factor decisivo para la implementación de estos modelos, la aceptación de terapias transdiagnósticas no depende únicamente de su eficacia, sino también de la disposición de los profesionales para incorporar herramientas que rompen con esquemas tradicionales. Investigaciones iberoamericanas señalan que, aunque existe interés creciente, persisten barreras relacionadas con la formación, oportunidades educativas y la percepción de riesgo frente a las nuevas terapias que se investigan diariamente.

Contexto Laboral y Demandas Institucionales

Los diagnósticos basados en los manuales como el DSM y de la CIE son principalmente sustentados por el consenso clínico. En muchos países, las recomendaciones de tratamiento, así como el reembolso por parte de las compañías de seguros de salud, se determinan conforme a las clasificaciones DSM o CIE, consideradas el estándar de oro, por lo que, la adopción a nuevas perspectivas también se ve limitado, por contextos institucionales, un ejemplo de aquello es que, cuando se realiza una consulta en salud mental y se solicita certificado médico, se le otorga al paciente un código de un trastorno, aunque aún no se haya realizado un diagnóstico formal (Roefs et al., 2022).

La crisis de salud mental, se refleja en la creciente prevalencia de enfermedades mentales y la gran necesidad no satisfecha de atención, aunque ya era evidente antes de la pandemia, sin embargo, la pandemia incrementó la magnitud de la situación, especialmente en las poblaciones vulnerables, aquello que se acrecentó debido a factores de riesgo como los determinantes sociales, familiares y económicos potenciados por la pobreza, crisis de seguridad, inflación y el conflicto, mientras que los factores de protección han mostrado un declive, que impacta en cómo se responde ante la demanda de atención en salud mental, aún más en el contexto de países con bajos ingresos donde se evidencia una escasez de profesionales (Organización Panamericana de la Salud, 2025).

Contexto Local y Antecedentes de la Investigación

La Práctica de la Salud Mental en Ecuador y Manta

Características del Sistema de Salud y Formación Profesional

Ecuador destina menos del 2 % del presupuesto sanitario en la atención de pacientes con enfermedades mentales, por lo que los servicios ofertados son insuficientes para la demanda de la población, la incidencia y prevalencia de las enfermedades mentales aumenta a causa de desastres naturales (como el terremoto del 2016), crisis sanitarias (COVID-19), la pobreza y la violencia que afecta a las comunidades (índices crecientes de muertes violentas y narcotráfico), además el país se enfrena a un subregistro de enfermedades mentales, que limita el control, detección y actuar de las autoridades competentes (Suárez et al., 2021).

En cuanto a los profesionales de la salud mental, se encuentra que existen solo 138 psiquiatras en todo el país, la mayoría ubicados en las provincias de Pichincha y Guayas, esta situación es atribuida, en parte a la oferta de formación profesional, puesto que hay escasez en la oferta de posgrados para la especialidad (Carriel, 2023). En el país

se cuenta con 94 neurólogos, en las provincias de Pichincha y Guayas se encuentran en mayor concentración, lo que indica también un déficit en la atención y en solventar la demanda de la población (Moreno et al., 2023).

Por su parte, el Ministerio de Salud Pública (2025) socializó el perfil profesional del psicólogo en salud, en el cual organiza a los profesionales en tres áreas:

- Gestión Asistencial: promoción, prevención y mejora en primer nivel de atención.
- Gestión de Docencia, Investigación y Capacitación: desarrollo de competencias.
- Gestión Administrativa: Políticas y fortalecimiento.

Antecedentes de Investigación sobre Transdiagnóstico en Latinoamérica y Ecuador

La investigación sobre el transdiagnóstico en Latinoamérica ha incrementado con el pasar de los años, sin embargo, el país que lidera la investigación es España, sin embargo, en la revisión de la literatura realizada también se evidencian artículos publicados en los últimos años en el contexto Latinoamericano.

Un artículo publicado en Colombia en el año 2019, analiza el papel predictivo de la sensibilidad ansiosa y afecto negativo en la aparición de síntomas ansiosos y depresivos, con una muestra compuesta por 506 adultos, que permitió identificar asociaciones significativas entre las dos variables y los síntomas ansiosos y depresivos destacando la capacidad explicativa de la primera variable en la ansiedad y en menor medida en la depresión, lo que avalúa la capacidad del modelo transdiagnóstico al intervenir la comorbilidad emocional (Toro et al., 2019).

En Argentina, una investigación realizada durante tres meses, con el objetivo de comprobar la efectividad de la aplicación del Protocolo Unificado en modalidad virtual

y grupal, con una muestra de 7 sujetos con trastornos emocionales, se observaron disminuciones significativas en niveles de depresión, dificultades en la regulación emocional, desesperanza y afecto negativo y un aumento significativo en calidad de vida (Celleri et al., 2023).

En Ecuador, realizó un estudio sobre las “Variables Transdiagnósticas y Depresión en una muestra de mujeres ecuatorianas”, que incorpora una muestra de 1050 mujeres, a las que se les aplicaron los siguientes instrumentos: Cuestionario de Salud del Paciente (PHQ-9), Escala de Estrés Percibido (PSS-10), Cuestionario de Aceptación y Compromiso (AAQ-II), y la Escala de Soledad Revisada-Corta (UCLA-3), demostrando que las variables transdiagnósticas, entre ellas, la inflexibilidad psicológica, mostraron asociaciones contundentes con la depresión (Chuquitarco & López, 2025).

En el contexto de consumo y trastornos psicológicos se encuentra un artículo en el que se evidencia, que el estrés psicológico es considerado el predictor por excelencia del consumo problemático de alcohol y la depresión, en conjunto, con la soledad como estresor que determina el carácter social y la (in)flexibilidad psicológica, que se relacionan con los patrones de afrontamiento ante eventos considerados como aversos o estresantes, el estudio a su vez señala la importancia de la investigación de las variables transdiagnósticas debido a que permiten el diseño y ejecución de programas basados en estas y dirigidos a la prevención y promoción en materia de salud mental en Ecuador (Sánchez, 2024)

En la ciudad de Manta, la investigación que está directamente relacionada a esta como antecedente, evalúa los conocimientos, actitudes y prácticas de los profesionales de salud mental respecto al transdiagnóstico, en el que se evidenció que la mayoría de los profesionales presentan conocimientos, actitudes positivas y aplicación del enfoque

transdiagnóstico en la práctica clínica, aunque, también se evidencia la necesidad de formación especializada e individualizada en el enfoque transdiagnóstico para que la aplicación sea más profunda y significativa (Cedeño & Moreira, 2025).

Justificación de la Investigación en el Contexto de Manta 2026

Los servicios de salud mental en el Ecuador presentan en los últimos años una alta demanda, en el 2023 se registraron 934.126 personas atendidas, mientras que en enero y septiembre de 2024 cuentan con 700.918 atenciones registradas (Ministerio de Salud Pública, 2024), la alta demanda clínica debería significar una oferta proporcional, no solo en número de profesionales, sino, también en el nivel de preparación y competencia de los profesionales en salud mental.

La práctica clínica actual está regida por los modelos tradicionales categoriales como el DSM V y la CIE 10 aplicadas en el país para clasificar los trastornos mentales (Cárdenas, 2021), obviando la realidad que comprende a los trastornos dentro de un espectro de manifestación clínica, ampliando la concurrencia de comorbilidades entre los trastornos. La aplicación en la práctica del enfoque transdiagnóstico representaría un menor costo y beneficio a la atención clínica, debido a que se intervienen en procesos comunes, en el caso de la regulación emocional, la intervención resulta en tratamientos eficientes y menos costosos que el tratar trastornos aisladamente (Antuña et al., 2023).

Caracterizar el proceso transdiagnóstico en la práctica clínica de los profesionales es indispensable para identificar la adaptabilidad de los profesionales y su actualización en cuanto a las terapias basadas en la evidencia. Esta investigación busca sentar precedentes de investigación e incentivar a los profesionales a desarrollar nuevas habilidades y competencias buscando optimizar su ejercicio profesional con el fin de brindar atención personalizada y efectiva a los pacientes.

Capítulo II: Metodología

El presente capítulo aborda la metodología mediante epígrafes relacionados con el tipo de investigación, tipo de la población de estudio y muestra, técnicas e instrumentos que permitirán la recolección de información, procesamiento y análisis de datos, y las consideraciones éticas relacionadas.

Tipo de Investigación

La presente investigación es de tipo mixta, teniendo en consideración, que esta metodología permitirá mayor descripción y estudio del fenómeno a investigar, mediante la recolección y análisis de datos cuantitativos y cualitativos como lo menciona (Hernández Sampieri et al., 2014).

Un ejemplo planteado por Sampieri (2014) que sustenta la elección de este tipo de investigación es “Cualquier especialista realiza un diagnóstico utilizando diversas fuentes de información y tipos de datos: a) pruebas de laboratorio (mediciones estandarizadas que producen datos cuantitativos), b) entrevista a profundidad con preguntas cerradas y abiertas, y c) historial clínico”

Tipo del Estudio

El tipo de estudio que rige el proyecto de investigación es el descriptivo de corte transversal. Es descriptivo debido a que, “busca especificar propiedades y características importantes del fenómeno que se analice, además, describe tendencias de un grupo o población” (Hernández Sampieri et al., 2014, p. 92) y transversal, porque la recolección de información se realizará en un solo momento.

Sujetos de Estudio

Población

Hadid et al. (2023) define que la población es “un grupo de individuos o elementos que tienen características específicas y sobre los cuales se quieren hacer inferencias o generalizaciones.”

En el caso de este proyecto de investigación, la población del estudio, la conforman todos los profesionales de la salud mental, tipificados en el artículo 45 de la Ley Orgánica de Salud Mental del Ecuador publicada en el 2024, que ejerzan en la práctica clínica en instituciones públicas o privadas de la ciudad de Manta.

Muestreo

El muestreo es una técnica utilizada en la investigación para tamizar un grupo de individuos o elementos de una población con el fin de conseguir información. El muestreo puede ser probabilístico que se subdivide en estratificado o conglomerado y el muestreo no probabilístico que puede ser por cuotas, intencional o casual (Hadi et al., 2023).

En esta investigación se hace uso del muestreo no probabilístico - intencional, el cual se caracteriza por criterios personales del investigador, para determinar la población y muestra del estudio, elaborando criterios de inclusión y exclusión de la población.

Muestra

La muestra en la investigación es caracterizada como un grupo de individuos o elementos extraídos de una población para ser estudiados. La muestra puede ser probabilística y no probabilística (Hadi et al., 2023).

En este proyecto de investigación, la muestra está representada por 40 profesionales en salud mental que cumplan los criterios de inclusión.

Criterios de Inclusión de la Población

Los criterios que deben cumplir la población para formar parte del proyecto de investigación son:

- Profesionales de la salud mental con título registrado y habilitado.
- Laborar en el ámbito clínico de salud mental en Manta.
- Contar con mínimo un año de experiencia
- Firmar el consentimiento informado.

Criterios de Exclusión de la Población

Los criterios con los que se descarta la participación de los miembros de la población en el proyecto de investigación son:

- No tener título registrado o habilitado en salud mental.
- Profesionales con menos de un año de experiencia.
- Profesionales jubilados que no se encuentren ejerciendo.
- Profesionales que no ejercen en Manta.

Operacionalización de variables

Tabla 1

Operacionalización de Variables

Variable	Definición	Dimensión	Indicador	Escala
Transdiagnóstico en la atención clínica	El	Conocimientos	Conocimiento de	Cuestionario CAP (Conocimiento, Actitud y Práctica) y Entrevista semiestructurada.
	transdiagnóstico		los principios del	
	en la atención		transdiagnóstico.	
	clínica es		Identificación de	
	medida		los procesos	
	mediante los		comunes	
	conocimientos,		transdiagnósticos.	
	actitudes y		Comprensión de	
	prácticas de los		la utilidad clínica	

Variable	Definición	Dimensión	Indicador	Escala
	profesionales de salud mental respecto a su ejercicio profesional clínico.		del enfoque transdiagnóstico.	
		Actitudes	Disposición para incorporar el transdiagnóstico en la práctica clínica. Interés en recibir capacitación sobre el enfoque. Apertura para la implementación de nuevas estrategias terapéuticas.	Cuestionario CAP (Conocimiento, Actitud y Práctica) y Entrevista semiestructurada.
		Prácticas	Frecuencia en la utilización del transdiagnóstico. Incorporación del transdiagnóstico en la planificación y evaluación terapéutica. Aplicación de técnicas transdiagnósticas	Cuestionario CAP (Conocimiento, Actitud y Práctica) y Entrevista semiestructurada.

Variable	Definición	Dimensión	Indicador	Escala
en la intervención.				

Tratamiento de los datos

Datos cuantitativos

La información obtenida mediante el cuestionario de Conocimiento, Actitudes y Prácticas, se realizó el tratamiento de sus datos mediante la estadística descriptiva, calculando frecuencias absolutas y frecuencias relativas, en función de las variables categóricas, además si es necesario, se aplican medidas de tendencia central y de dispersión para la descripción de las dimensiones del CAP, sistematizando la información en Microsoft Excel, presentados mediante tablas y gráficos.

Datos cualitativos

La información obtenida mediante las entrevistas semiestructuradas son transcritas y organizadas para el análisis, posteriormente, se analizan utilizando una lectura exhaustiva para identificar unidades relacionadas con los objetivos de la investigación, por lo que se codificó inicialmente las entrevistas, luego se agrupó por categorías y subcategorías relacionadas a la comprensión, percepción y aplicación del transdiagnóstico en la atención clínica, incorporando verbatim para sustentar los argumentos analizados.

Análisis mixto

Con los datos obtenidos de los dos instrumentos de recolección de información, se procedió a realizar el proceso de triangulación metodológica, contrastando la información obtenida, identificando coincidencias, diferencias y elementos complementarios, con fin de responder a los objetivos planteados que guiaron la investigación.

Validez de la investigación

En relación con la posibilidad de la existencia de sesgo en la investigación, se menciona que, los participantes pudieron tender a considerar investigar el transdiagnóstico únicamente por la realización de la recolección de información, así como, mostrar apertura al enfoque con el fin de demostrar adaptaciones terapéuticas, sin embargo, este efecto se redujo al mencionar en la socialización el anonimato y confidencialidad de los datos, además de, recalcar que las respuestas debían basarse en su ejercicio clínico continuo.

Respecto a la consistencia y credibilidad de los resultados, se menciona que los instrumentos seleccionados han sido validados por expertos, el instrumento cuantitativo presenta un coeficiente de 0.885 en Alfa de Cronbach, mientras que, la entrevista semiestructurada fue aprobada y verificada por tres profesionales expertos en la psicología e investigación, en los anexos se encuentra el comprobante de esta afirmación.

Además, se analizaron los datos obtenidos mediante el tratamiento de información antes mencionado y ejemplificado en el apartado de resultados, por lo que, es la realidad de la investigación, sin agregar información que no haya sido expuesta en los instrumentos.

Procedimiento y Análisis de Datos

Actividades por realizar

1. Socialización del proyecto

Como punto de inicio de la investigación es necesario socializar lo que conlleva el proyecto a sus participantes, con el fin de realizarlo sin contratiempos y respetando la libre elección de cada individuo.

Responsable

Investigador principal, Julinka Valentina Toainga Rodríguez.

Lugar

A conveniencia del participante.

Duración de la actividad

Duración aproximada de 1 hora.

2. Consentimiento informado

Se realizará la recolección del consentimiento informado, que fue socializado con anterioridad, el documento fue adaptado en base al proyecto de investigación, originalmente fue proporcionado como anexo para la aprobación del proyecto por el CEISH. A su vez, es relevante mencionar que se otorgará una copia del consentimiento informado a cada participante.

Responsable

Investigador principal, Julinka Valentina Toainga Rodríguez.

Lugar

A conveniencia del participante.

Duración de la actividad

Duración aproximada de 1 hora.

3. Aplicación de cuestionario CAP

La aplicación de este instrumento permitió evaluar las características del proceso de diagnóstico mediante el conocimiento, actitudes y prácticas de los participantes, con el fin de cumplir los objetivos establecidos con anterioridad, este cuestionario fue adaptado al transdiagnóstico por Mell Waleska Cedeño Molina y María Belén Moreira González, elaborado para ser contestado bajo la escala de Likert, con un coeficiente de Alfa de Cronbach de 0.885 en 18 ítems.

Responsable

Investigador principal, Julinka Valentina Toinga Rodríguez.

Lugar

A conveniencia del participante.

Duración de la actividad

Duración aproximada de 1 hora.

- **Método de instrumento:**

Cuestionario CAP (Conocimientos, Actitudes y Prácticas)

- **Validado, elaborado o adaptado:**

Validado

- **Tipo de dato recolectado:**

Datos Cuantitativos

- **Anónima o identificativa:**

Anónima

- **Autónoma, privada o asistida:**

Autónoma

4. Aplicación de entrevista semiestructurada

La entrevista es una herramienta indispensable en la metodología cualitativa, permite obtener información en base a preguntas previamente establecidas, sin embargo, su estructura flexible permite añadir preguntas en cuestión de lo que mencione el participante y se considere relevante, en el caso de esta investigación se elaboró y validó la entrevista con profesionales en el área de la investigación y psicología para obtener objetividad y validez.

Responsable

Investigador principal, Julinka Valentina Toinga Rodríguez.

Lugar

A conveniencia del participante.

Duración de la actividad

Duración aproximada de 1 hora.

Recolección de datos

- **Método de instrumento:**

Entrevista semiestructurada

- **Validado, elaborado o adaptado:**

Elaborado

- **Tipo de dato recolectado:**

Datos cualitativos

- **Anónima o identificativa:**

Anónima

- **Autónoma, privada o asistida:**

Autónoma

5. Análisis de resultados

El análisis de los resultados de los dos instrumentos aplicados se triangularán para proceder a la discusión de resultados, sin embargo, para aquello, las entrevistas semiestructuradas se transcribirán y analizarán con el fin de identificar patrones, coincidencias y discordancias, en el caso del cuestionario CAP, se realizará un análisis estadístico descriptivo en base a las respuestas obtenidas mediante el cuestionario realizado por Google Forms, también se realizará el mismo procedimiento que con el instrumento anteriormente descrito.

6. Socialización de resultados

Como último procedimiento exploratorio de la investigación se realizará la socialización de los resultados obtenidos, agradecer por su predisposición y

retroalimentar sobre lo encontrado, estableciendo un ambiente cordial y académico con el fin de mejorar la atención brindada a los pacientes.

Responsable

Investigador principal, Julinka Valentina Toinga Rodríguez

Lugar

A conveniencia del participante.

Duración de la actividad

Duración aproximada de 1 hora.

Consideraciones Éticas

Las consideraciones éticas planteadas en esta investigación parten desde la participación voluntaria de los profesionales, el consentimiento informado, la garantía de confidencialidad de la investigación, a su vez, la ausencia de conflicto de interés. Para garantizar un proceso de investigación transparente y justo, aquello se enmarca a su vez, en el proceso que tiene que transcurrir en el Comité de Ética de Investigación con Seres Humanos para la aprobación y ejecución del presente proyecto de investigación.

Capítulo III: Resultados

En este capítulo, se desarrolla la exposición de los resultados obtenidos mediante los instrumentos de recolección de información, además de, realizar su análisis y posterior discusión, respondiendo a los objetivos planteados en la investigación y relacionando las variables con lo encontrado.

Caracterización de la Muestra

La muestra se caracterizó por estar constituida por 40 profesionales de la salud mental, representada por Psicólogos, Psiquiatras, Neurólogos y Terapeutas Ocupacionales, la muestra está constituida de predominantemente por psicólogos, observándose mayor presencia de participantes con un nivel educativo de tercer nivel, referente al tipo de institución que laboran es potencialmente en establecimientos privados, con cargas laborales bajas y con años de experiencia laboral de 1 año a 5 años.

Tabla 2

Datos Sociodemográficos

Datos sociodemográficos	Categoría	Número	Porcentaje
Formación	Psicología	20	50%
	Psiquiatría	4	10%
	Neurología	1	2.5%
	Terapia Ocupacional	15	37.5%
	Tercer nivel	23	57.5%
Nivel educativo alcanzado	Maestría	10	25%
	Doctorado	0	0
	Diplomado	2	5%
	Especialidad	5	12.5%
Tipo de institución en la que labora	Pública	6	15%
	Privada	28	70%
	Ambas	6	15%

Datos sociodemográficos	Categoría	Número	Porcentaje
Carga laboral	Baja (1 a 5 pacientes diarios)	19	47.5%
	Media (6 a 10 pacientes diarios)	16	40%
	Alta (11 o más pacientes diarios)	5	12.5%
Años de experiencia laboral	1 a 5 años	20	50%
	6 a 10 años	11	27.5%
	11 a 15 años	6	15%
	Más de 15 años	3	7.5%

Resultados del Objetivo Específico 1

El objetivo específico uno se refiere a la identificación del proceso de transdiagnóstico en la atención clínica de los profesionales de salud mental de Manta, por lo que se exponen los resultados más relevantes de los instrumentos aplicados, para responder a este objetivo en particular.

Tabla 3

Cuestionario CAP: Conocimientos

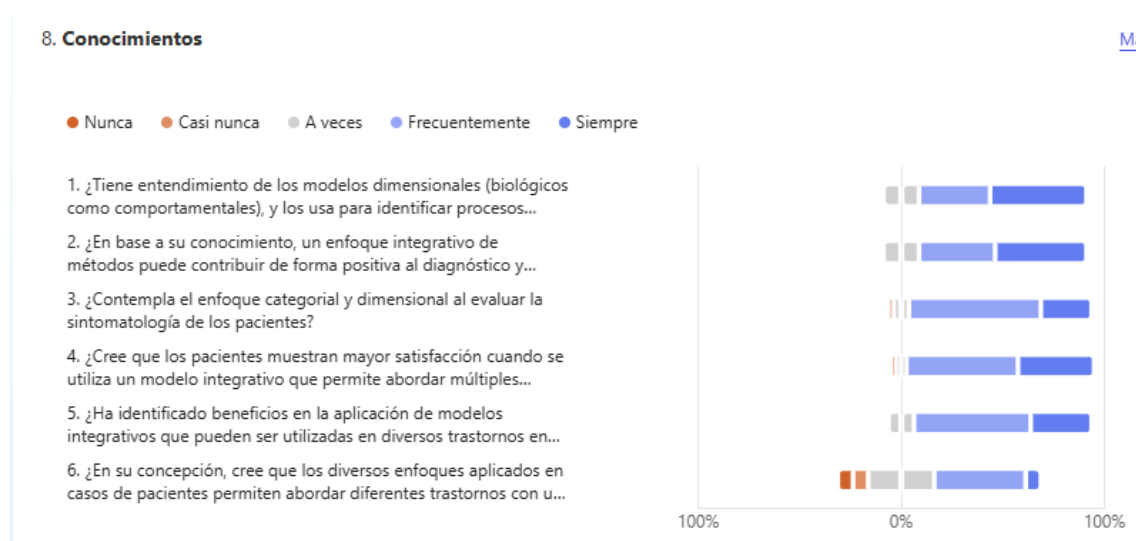
NIVEL	CANTIDAD	PORCENTAJE
Bajo	0	0%
Medio	8	20%
Alto	32	80%
Total	40	100%

Los participantes se ubicaron en dos porcentajes dentro del nivel de conocimientos evaluados por en el CAP, predominando con un 80% en un nivel alto de conocimiento, porcentaje que corresponde a 32 participantes, los otros 8 participantes

representantes del 20% restante, se ubicaron en el nivel medio, no se presentaron participantes en el nivel bajo. Este resultado, se relacionó directamente con el reconocimiento de elementos en común y los procesos que se presentan de manera simultánea en los distintos trastornos mentales.

Figura 1

Nivel de Conocimiento acerca del Transdiagnóstico



Por su parte, la entrevista semiestructurada sustenta lo expresado en el CAP debido a que, los participantes describen el proceso de diagnóstico mediante diversos procedimientos de evaluación, predominando la entrevista clínica, observación, elaboración de la anamnesis, historia clínica, identificación de síntomas, motivo de consulta y los antecedentes personales, familiares y contextuales.

Un participante expresó:

Yo me voy por, primero, siempre califico el síntoma. ¿Ya? Por diferentes criterios. Frecuencia. ¿Cuántas veces se repite? ¿Qué tan frecuente es? Intensidad. Historia. Y temporalidad. ¿Ok? Historia es cuando salió, por qué salió, todo lo que tenga que ver con la historia de ese síntoma. Y temporalidad es el tiempo. ¿Cuánto tiempo tú estás con eso? Y muchas veces también se puede

hacer checklists del mismo DCM. Para contrastarlo también, bueno, yo utilizo un sistema que se llama el sistema de monitoreo MARVAR. Que ahí se ve el malestar sintomatológico. ¿Ya? Recuerdo que uno se llama CoreOM., O sea, los reactivos que yo utilizo. CoreOM y el OP1, sistematizado, sí. (Participante, P23)

A su vez, se identificó que diferentes áreas de la vida del paciente intervienen en él, porque es necesario que se considere dentro del proceso de evaluación, otro participante mencionó en relación a lo anterior, lo siguiente:

Un modelo muy clínico, clínico es concretamente la entrevista psicológica y el examen mental, el uso de los instrumentos psicológicos de evaluación rápida, que serían una escala de ansiedad, una escala de depresión, una entrevista conductual, y más allá, si el caso lo requiere, en principio una entrevista de personalidad, o un cuestionario de personalidad, porque el trastorno base de todos los diagnósticos es la personalidad, a partir de una personalidad problemática, tiene un síndrome clínico. (Participante, P14)

En la misma línea, se concibe que el proceso de evaluación no es únicamente para identificar síntomas, sino también, para establecer las condicionantes que pueden intervenir como factores de riesgo o protección. “Por ejemplo, si yo hago una evaluación general de perfil cognitivo, de perfil emocional y conductual, es aquí con información de casa y realizando una visita áulica también” (Participante, P02).

Sobre la identificación de proceso comunes en las distintas patologías las respuestas de algunos los participantes se relacionaron con conocer el enfoque transdiagnóstico y la relación que existe entre el enfoque con la utilización de procedimientos que pueden aplicarse en las distintas patologías, expresando:

Bueno, los procesos, la identificación de ideas repetitivas, que son las rumias, la identificación de obsesiones que tenga la persona, también pensamientos

negativos, o sea, básicamente comprender todo lo que hay en esa mente, los procesos que están en la percepción del individuo, y en base a eso empezar a hacer un plan de tratamiento. (Participante, P05)

Sauer-Zavala et al. (2017), relacionaron que el término transdiagnóstico ha sido empleado para definir procesos o mecanismos que están presentes en diferentes trastornos, aunque se evidencia que también, es aplicado dentro del ámbito clínico de otras maneras, utilizando terapias o protocolos relacionados con este enfoque como sustento teórico. Los resultados obtenidos, permitieron interpretar que la identificación de comorbilidades y síntomas compartidos, no se relacionan con una aplicación o nivel de conocimiento completo sobre el transdiagnóstico, aunque simboliza un elemento relacionado para comenzar a utilizar enfoques dimensionales.

Referente al conocimiento en general, se identificó distintos niveles de conocimiento, algunos participantes mencionaron conocerlo de manera general, otros indicaron no conocer el enfoque. “Algo he escuchado, pero no tengo mayor conocimiento” (Participante, P37)

Depende porque ahorita APA, la Asociación Psicológica Americana, lo que está queriendo es saber qué modelo puede ser transdiagnóstico. Por ejemplo, la aceptación y el compromiso. Hasta ahora puede ser un modelo transdiagnóstico porque nos ayuda a varios diagnósticos. Eso es lo que significa transdiagnóstico. (Participante, P04)

La entrevista semiestructurada en general permitió identificar que el conocimiento sobre el transdiagnóstico no se presentó de forma uniforme en los participantes, algunas respuestas estuvieron vinculadas a la identificación de los procesos comunes, como la rumiación, inflexibilidad cognitiva, etc.

La relación que existe entre el conocimiento y la formación también fue abordada por Ametaj et al. (2021), quienes analizaron las actitudes profesionales hacia el Protocolo Unificado (PU), entre los hallazgos se menciona que los participantes muestran comprensión de los conceptos del tratamiento después de una capacitación y en consecuencia, parte de los participantes empezaron a utilizar la intervención del PU posteriormente, debido a que, es percibida como favorable debido a su flexibilidad por la utilización del tratamiento en diferentes patologías, aunque se identifica también que han persistido las dificultades relacionadas con su implementación sustentada en la difusión limitada del enfoque y sus oportunidades de formación especializada.

En relación con un antecedente directo de esta investigación, es el realizado por Cedeño y Moreira (2025), en el que los resultados mostraron que el 71,27% de los participantes, se ubicó en las categorías de la escala de Likert “siempre” o “frecuentemente” respecto al conocimiento, mientras que, en esta investigación el 80% alcanzó el nivel alto en esta dimensión. Lo que permitió establecer que, se encuentran en rangos similares de conocimientos, reflejando que los profesionales cuentan con ciertos recursos académicos que sustentan al enfoque que podrían permitir su aplicación, en el caso de que, no se lo aplique aún, que constituye mayoritariamente a los participantes.

Resultados del Objetivo Específico 2

El objetivo específico dos sirve para describir el proceso de transdiagnóstico en la atención clínica de los profesionales de salud mental de Manta.

En la dimensión de actitudes, el 35 participantes correspondiente al 87,5% se ubicaron en el nivel alto de actitud, mientras los 5 participantes restantes que representan el 12,5%, se ubicaron en el nivel medio.

Tabla 4*Cuestionario CAP: Actitudes*

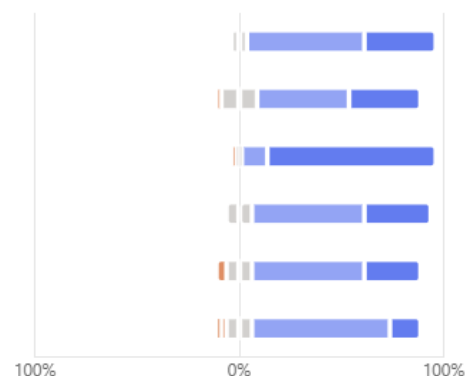
NIVEL	CANTIDAD	PORCENTAJE
Bajo	0	0
Medio	5	12,5
Alto	35	87,5
Total	40	100

El resultado demostró que los participantes presentan un nivel alto de actitudes hacia el transdiagnóstico, en conjunto con la información recolectada por medio de la entrevista relacionaron este resultado con la percepción de los profesionales respecto a la utilidad del enfoque, las posibilidades de atender con nuevos protocolos las manifestaciones psicopatológicas, conforme a la evaluación e intervención los participantes mostraron consideración con la identificación de procesos comunes.

Figura 2*Nivel de Actitud en el Transdiagnóstico***9. Actitudes**[M.](#)

● Nunca ● Casi nunca ● A veces ● Frecuentemente ● Siempre

1. ¿Considera beneficioso un enfoque integrativo que permita identificar y tratar factores comunes en distintos trastornos dent...
2. ¿Cree que un enfoque basado en la identificación de los síntomas compartidos entre los diferentes trastornos contribuye ...
3. ¿Está dispuesto a recibir formación en metodologías que promuevan una evaluación y tratamiento más integrados para...
4. ¿Cree que los pacientes pueden experimentar mayor satisfacción cuando el tratamiento se centra en aspectos...
5. ¿Considera que la aplicación de un modelo como es el integrativo que agrupe características comunes de distintos...
6. ¿Cree que la implementación de modelos integrativos que aborden múltiples condiciones con un mismo protocolo favorec...



En concordancia con lo antes manifestado un participante expresó una valoración de la posibilidad de trabajar con diferentes problemáticas mediante una misma comprensión clínica desde el transdiagnóstico:

Después de eso, empezar a crear un insight para empezar a ver las reglas verbales. De ahí la conducta verbal, después de eso ver cuáles son las fusiones a nivel cognitivo, o sea, que él piensa que es real y que él piensa que no es real. Entonces, dependiendo de eso, ahí como la aceptación y compromiso busca generar mayor flexibilidad cognitiva, por eso es que se puede utilizar para diferentes diagnósticos y eso es lo que utilizo. (Participante, P01)

La flexibilidad del abordaje también apareció en las respuestas de los participantes, debido a que se relacionó con la oportunidad de organizar las intervenciones a partir de los procesos comunes identificados durante la valoración clínica.

Una persona consume alcohol los fines de semana, todos los fines de semana hace más de un año, ahí está, hay un consumo problemático, hay un síndrome ansioso depresivo, y la comorbilidad sería la alcoholemia, tiene un consumo problemático, y súmale que te viene tomando hace un año porque tuvo una ruptura con la enamorada a la cual jamás se hizo tratar por ese duelo, o sea, tiene una depresión de largo tiempo, enmascarada en la alcoholemia, y con ese síndrome ansioso depresivo que es como enmascarar lo que tiene, o sea, ahí sale la entrevista, está la evaluación, está el diagnóstico, y está la comorbilidad, creo que se conecta, ¿verdad?. (Participante, P02)

Al contrastar el resultado obtenido en esta investigación, con el antecedente ya relacionado en el objetivo anterior se observó una coincidencia respecto a las respuestas favorables, en aquella investigación los participantes respondieron “siempre” 51,72% y

el 35,63% “frecuentemente” en los mismos ítems de esta dimensión, mientras en esta investigación reflejo que los participantes se ubicaron en el nivel alto con el 87,50%, la diferencia encontrada entre ambos porcentajes constituyen 0,15 puntos porcentuales, por lo que los resultados son cercanos entre las dos investigaciones.

Los profesionales mostraron la disposición de los profesionales hacia nuevas formas de intervenir o atender, en especial, relacionadas con el transdiagnóstico, correspondientes a la percepción de utilidad, flexibilidad, aplicabilidad y disposición, expresadas en lo analizado en las entrevistas, debido a que los participantes relacionaron el transdiagnóstico con la posibilidad de abordar la comorbilidad y los procesos comunes en diferentes patologías

Los resultados obtenidos coinciden con lo expresado por Ametaj et al. (2021), quienes mencionan que los profesionales mostraron percepciones favorables hacia la flexibilidad del PU y la ventaja que implica ante tratamientos centrados en un solo trastorno, a su vez, se identificaron dificultades relacionadas con aspectos como la implementación y la estructura propia del manual, lo que coincide con los resultados evidenciados en esta investigación, diferencia entre ambas investigaciones está en que las actitudes están evaluadas en un tratamiento transdiagnóstico específico, sin embargo, sirve para contrastar la información y sustentar teóricamente la realidad de las actitudes de los profesionales, no solo relacionadas de manera sino también, ejemplificar como se relacionan cuando se trata de un tratamiento en específico y como se correlacionan los resultados.

En lo que refería a la dimensión de prácticas, 27 participantes equivalentes al 67,5% se ubicaron en el nivel alto, mientras que los 13 participantes restantes correspondiente al 32,5% se ubicaron en el nivel medio.

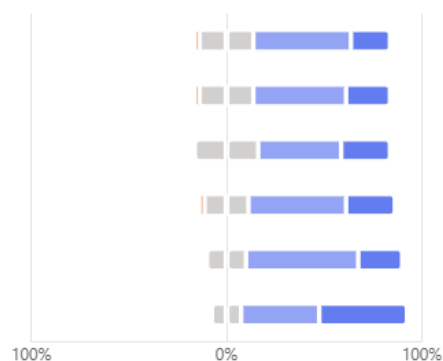
Tabla 5*Cuestionario CAP: Prácticas*

NIVEL	CANTIDAD	PORCENTAJE
Bajo	0	0
Medio	13	32,5%
Alto	27	67,5%
Total	40	100%

Figura 3*Nivel de Aplicación Práctica del Transdiagnóstico***10. Prácticas**[M](#)

● Nunca ● Casi nunca ● A veces ● Frecuentemente ● Siempre

1. ¿Con qué frecuencia utiliza un enfoque que permita identificar patrones comunes entre diferentes trastornos al realizar una...
2. ¿Aplica el uso de estrategias que le permiten abordar síntomas compartidos en distintos trastornos dentro de su práctica clínica?
3. ¿En qué medida incorpora en su práctica protocolos de diagnóstico y tratamiento que puedan aplicarse a diversas...
4. ¿Con qué regularidad usa estrategias que aborden aspectos transversales de la sintomatología en sus pacientes?
5. ¿Con qué frecuencia emplea enfoques que permitan trabajar de manera conjunta diferentes síntomas sin centrarse exclusivamen...
6. ¿De acuerdo con lo observado en su práctica clínica, cree que el uso de modelos integrativos ha permitido que sus paciente-es...



Los resultados mostraron que la mayor parte de participantes se ubicó en el nivel alto de prácticas, sin embargo, la información obtenida de las entrevistas, demuestra que esta aplicabilidad no se demuestra en el sentido literal de la aplicación de protocolos o terapias transdiagnósticas en general, sino más arraigadas a la valoración de síntomas, exploración de antecedentes, formas de evaluación, identificación de comorbilidades y análisis de procesos psicológicos presentes en los casos clínicos, a modo de ilustración, los participantes manifestaron lo siguiente:

La aceptación y compromiso creo yo que es lo que más se acerca a un enfoque transdiagnóstico, pero no podemos hablar de algo transdiagnóstico sin que exista

un nivel de eficacia a nivel científico. Cómo se crea un nivel de eficacia a nivel científico mayor del 67%, dentro de una población de 200 personas.

(Participante, P02)

Al comparar, los resultados entre la investigación mencionada como antecedente, elaborada por Cedeño y Moreira (2025) se observó una diferencia debido a que en ese estudio el 75.87% se ubicó entre “siempre” y “frecuentemente” en esta dimensión, la diferencia con esta investigación radicó en los 8,37%.

Se describió el proceso de transdiagnóstico como una forma de valoración que integra la exploración inicial y de evolución, antecedentes, síntomas, procesos psicológicos comunes y presencia de comorbilidades, en base a los resultados obtenidos, los participantes por medio de la entrevista muestran que son capaces de identificar manifestaciones clínicas como rumiaciones, obsesiones, coexistencia de ansiedad y depresión, con mayor incidencia en comorbilidad según su práctica clínica, elementos que son considerados durante la comprensión de un caso y posterior planificación para el tratamiento, descripción que está relacionada, a su vez, también con los resultados del CAP expuestos con anterioridad, sin embargo, lo evidenciado también son las diferencias en la profundidad del conocimiento, debido a que los participantes describen elementos compatibles con el transdiagnóstico sin identificar de manera formal y estructurada el modelo, además de, su aplicación rigurosa.

Resultados del Objetivo Específico 3

El objetivo específico tres, responde a evaluar el proceso de transdiagnóstico en la atención clínica de los profesionales de salud mental de Manta, mediante el cuestionario CAP y la información obtenida mediante las entrevistas semiestructuradas.

La evaluación conjunta de las tres dimensiones del CAP, mostró que el porcentaje obtenido en actitudes es superior a los conocimientos y prácticas, en ese

orden, entre los datos se constata que existe una diferencia porcentual del 12,5% entre la práctica y el conocimiento, distribución que muestra la presencia de conocimientos, aunque no de manera profunda, y una disposición favorable hacia el transdiagnóstico, sin embargo, no presentó el mismo resultado en las prácticas, debido a que se ubicó en el nivel alto.

La entrevista semiestructurada por su parte, permitió contrastar los resultados antes mencionados, mediante lo que expresaron los participantes, quienes identificaron elementos que están relacionados con la evaluación integral del paciente, identificación de procesos psicológicos comunes y la comorbilidad.

Un participante detalló lo siguiente:

A ver, concretamente es tener el control de las emociones, de la manifestación emocional, lo cual es una reacción que dura segundos a minutos exageradamente. Y eso es lo que le toca desarrollar al paciente en terapia. Cuando tienen unos picos de exaltación por alegría y unos picos de caída, entonces, estos dos picos son los que desestabilizan al sujeto, que es lo que se hace acá en fase de estabilización, concretamente conocer cómo tu afecto, tu sentimiento tiene reacciones, reacciones de subidas y de bajadas las cuales te van a llevar a estimular, te van a llevar a una situación problema. Ejemplo muy fácil, te va muy bien, te va muy bien, se dispara la alegría, pero se dispara a un brot mayor, exaltación, estás alegre y exaltada. Y se sigue estimulando la alegría porque la estás pasando bien. Hablamos de un pico emocional, alegría totalmente exaltada que no baja y que se sigue estimulando. (Participante, P40)

Respuestas que permitieron triangular la información obtenida por el CAP, como resultado la investigación es completa desde la perspectiva metodológica, en comparación con el antecedente directo, como lo es el estudio de Cedeño y Moreira

(2025), donde solo se evaluó mediante el cuestionario CAP, obteniendo los siguientes porcentajes: 71,27% se ubicó en las categorías superiores de conocimiento, 87,35% en las categorías superiores de actitudes y el 75,87% en las categorías superiores de prácticas; en comparación con este estudio, se mostró una diferencia de 8,73% en conocimientos, 0,15% en actitudes y 8,37% en prácticas, por lo que, los resultados mostraron mayor coincidencia en la dimensión de actitudes, mientras que, en este estudio se registró mayor porcentaje referente a conocimientos y menor en prácticas, en relación con el estudio antes citado.

La evaluación de los resultados también se relacionó con lo expresado por Sauer-Zavala et al. (2017), quienes determinaron que el término transdiagnóstico se refiere a los procesos y mecanismos que existen de manera trasversal en diferentes trastornos, en contraste con esta investigación, en las entrevistas se permitió identificar procesos que conocían los participantes, como la rumiación, obsesiones, pensamientos negativos e incluso la comorbilidad como elemento central al momento de intervenir.

Por su parte, la investigación relacionó que los participantes muestran respuestas positivas a la formación para posterior aplicación del enfoque, por lo que, expresaron que la investigación fomenta la actualización constante de los profesionales, con el fin de instruirse respecto a nuevas perspectivas validadas científicamente para intervenir en patologías de manera más oportuna y adecuada para poder lograr una mejoría en el paciente.

Conclusiones

Luego de un análisis de la información cuantitativa y cualitativa obtenida, se establecen las conclusiones de esta investigación, relacionando el objetivo general y objetivos específicos planteados al inicio del proyecto, la integración de las dos fuentes de información permitió caracterizar el transdiagnóstico en la atención clínica de los profesionales de salud mental de Manta, entendiéndose por ellos, aquellos estipulados en el artículo 45 de la Ley de Salud Mental vigente en el país, durante el año 2026, considerando la identificación de los procesos comunes psicológicos, descripción de la atención clínica y la evaluación de los conocimientos, actitudes y prácticas relacionadas con el transdiagnóstico.

Como respuesta al objetivo general, se evidencia que el transdiagnóstico en la atención clínica de los profesionales de salud mental de Manta, se caracterizó por la presencia de elementos relacionados con la identificación de procesos psicológicos comunes, síntomas compartidos y presencia recurrente de comorbilidades entre diferentes patologías mentales, debido a que, los resultados del CAP mostraron niveles altos de conocimientos 80%, actitudes en el 87,5% y prácticas del 67,5%, resultados que se contrastaron en la entrevista permitiendo ejemplificar que estos elementos están presentes en la valoración clínica y en la elaboración del plan de tratamiento.

Por su parte, el objetivo específico uno, identificó que la consideración de la evolución del paciente, sus antecedentes, síntomas, procesos cognitivos y comorbilidad están presentes en el ejercicio clínico de los participantes de la investigación. Los participantes reconocieron elementos centrales del transdiagnóstico que fomentarían en algún momento la utilización de manera explícita del enfoque como lo son las rumiaciones, obsesiones, pensamientos negativos y las comorbilidades, elementos que están presentes en diferentes diagnósticos.

Se describió que el transdiagnóstico implica una secuencia estructurada que incluye elementos que son propios de la práctica clínica, sin tener en consideración modelos teóricos o terapéuticos en particular, debido a que los participantes mencionaban que rigen su actuar en base a modelos como el biopsicosocial, biomédico, cognitivo conductual, psicodinámico en conjunto con humanista, etc. Esta secuencia a la que se hace mención es a la recopilación de información clínica, evaluación e interpretación de síntomas, identificación de procesos psicológicos comunes y la evaluación de comorbilidad, por lo que, como resultado de este objetivo, se evidenció que son pocos los participantes que utilizan de manera concreta el transdiagnóstico, mientras que utilizan ciertos aspectos fundamentales del transdiagnóstico.

La evaluación del proceso transdiagnóstico identificó una diferencia entre las actitudes, conocimientos y prácticas, quienes se ubicaron en esa posición en relación con el nivel alto, complementándose con los resultados de la transcripción e interpretación de las entrevistas, cuyos resultados coincidieron con los resultados del CAP, porque se mostró una disposición favorable a la formación y aplicación del transdiagnóstico, así como, la presencia de conocimientos y en menor magnitud su aplicación en específico.

Se concluye de esta investigación, que el transdiagnóstico en la atención clínica de los profesionales de salud mental de Manta presentó que, sus participantes muestran actualización constante, por lo que muestran apertura hacia nuevos métodos y enfoques para aplicar en sus pacientes, presentando susceptibilidad ante procesos comunes entre trastornos que pueden desencadenar en el diagnóstico de comorbilidades o el descarte del mismo, basados en la valoración y evaluación dimensional de los pacientes, sin embargo, cuando se hace referencia a los conocimientos o a las prácticas explícitas

sobre el transdiagnóstico se evidencian limitaciones expresadas en las entrevistas, relacionadas a la falta de formación sobre el transdiagnóstico en profundidad.

Recomendaciones

Se recomienda, a los profesionales de salud mental de Manta fortalecer su formación sobre nuevas perspectivas, enfoques y modelos teóricos basados en la evidencia, con énfasis en el transdiagnóstico y en la identificación de procesos psicológicos comunes, comorbilidades, evaluación y terapias basadas en los principios del transdiagnóstico.

Para las futuras investigaciones, se recomienda extender la muestra de profesionales y mayor equidad en la población, debido a que en este estudio hubo predominación de psicólogos y profesionales que laboran en el ámbito privado, y la única participación de la neurología, debido a la resistencia de esos profesionales para participar en la investigación, por lo que se sugiere establecer contacto con los posibles participantes desde el momento en el que se apruebe el proyecto.

Como recomendación en el ámbito metodológico, en las investigaciones posteriores que combinen instrumentos cuantitativos con observación en la práctica clínica, es decir, introducir preguntas en la entrevista semiestructurada, que amplíen la perspectiva de cómo se realizan sus intervenciones clínicas, además de, modificar ciertas preguntas del cuestionario CAP, debido a que pueden presentarse niveles altos en las dimensiones del instrumento, que están relacionadas a las prácticas clínicas habituales, pero no al transdiagnóstico explícitamente, por lo que, pueden atribuirse falsas perspectivas positivas, sino se considera, la aplicación de otro instrumento para triangular la información.

A las instituciones de educación superior, se recomienda que se profundice en su malla sobre estas nuevas perspectivas y avances científicos en la atención clínica, como en este caso sobre el transdiagnóstico, debido a que se aborda de manera superficial y

solo como una visión complementaria del DSM V-TR, y no de manera concreta y profunda.

Referencias Bibliográficas

- Aguilar, M. (2024). Hacia un enfoque transdiagnóstico en la salud mental. *Actualidad Psicológica*, 2(2), 33-45 . <https://cpsplimaycallao.org.pe/revista-actualidad-psicologica/>
- Akbari, M., Seydavi, M., Hosseini, Z. S., Krafft, J., & Levin, M. E. (2022). Experiential avoidance in depression, anxiety, obsessive-compulsive related, and posttraumatic stress disorders: A comprehensive systematic review and meta-analysis. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 24, 65-78.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2022.03.007>
- Altamirano, C., & Medina, S. (2019). Aplicaciones de la Terapia Dialéctico Conductual (DBT). *XI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXVI Jornadas de Investigación. XV Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. I Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. I Encuentro de Musicoterapia. .*
- Álvarez, H. B. (2019). Terapias contextuales. Una propuesta clínica desde una perspectiva post-skinneriana. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 22(2).
<https://www.revistas.unam.mx/index.php/repi/article/view/70150>
- Amador, G. (2024). DSM: Una perspectiva hegeliana de la clasificación en psiquiatría. *Studia Hegeliana: revista de la Sociedad Española de Estudios sobre Hegel*, 10, 89-106. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9626945>
- Ametaj, A. A., Wilner Tirpak, J., Cassiello-Robbins, C., Snow, R., Rassaby, M. M., Beer, K., & Sauer-Zavala, S. (2021). A Preliminary Investigation of Provider Attitudes Toward a Transdiagnostic Treatment: Outcomes from Training Workshops with the Unified Protocol. *Administration and Policy in Mental*

- Health and Mental Health Services Research* , 48, 668–682.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1007/s10488-020-01101-7>
- Andrade, N. (2003). Diagnóstico categorial versus dimensional. *Clinical and Health*, 14(3), 333-359.
- Antuña, C., Cano-Vindel, A., Carballo, M. E., Juarros-Basterretxea, J., & Rodríguez-Díaz, F. J. (2023). Inteligencia emocional y regulación emocional: factores transdiagnósticos claves en problemas emocionales, trastornos de ansiedad y depresión. *Escritos De Psicología - Psychological Writings*, 16(1), 44–52.
<https://doi.org/https://doi.org/10.24310/espsiescpsi.v16i1.14771>
- Arias, P. R., Barraca, J., & García, F. E. (2023). Propiedades psicométricas del Cuestionario de Aceptación y Acción-II en adultos ecuatorianos. *Actualidades en Psicología*, 37(134), 99-116.
<https://doi.org/http://dx.doi.org/10.15517/ap.v37i134.48374>
- Arrigoni, F., Marchena Consejero, E., & Navarro Guzmán, J. I. (2022). iabilidad y utilidad clínica del Protocolo Unificado Transdiagnóstico con alumnos del Aula Universitaria de Mayores de la Universidad de Cádiz. *Acción Psicológica*, 19(2), 129–148. <https://doi.org/https://doi.org/10.5944/ap.19.2.36983>
- Asamblea Nacional del Ecuador. (2024). *Ley Orgánica de Salud Mental*. Registro Oficial Suplemento No. 471: <https://educacion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2024/07/LEY-ORGANICA-SALUD-MENTAL.pdf>
- Baldovino, I. H. (2016). Formulación e intervención clínica de un caso de depresión y ansiedad asociado a privación de la libertad desde una perspectiva transdiagnostica. *Universidad del Norte*.
- Barlow, D. H. (2004). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic*. Guilford press.

- Barlow, D. H., Harris, B. A., Eustis, E. H., & Farchione, T. J. (2020). The unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders. *World Psychiatry*, 19(2), 245-246. <https://doi.org/https://doi.org/10.1002/wps.20748>
- Bianchi, J. M., & Muñoz, A. M. (2014). Activación conductual: revisión histórica, conceptual y empírica. *Psychologia. Avances de la disciplina*, 8(2), 83-93. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=297232756006>
- Blancas, J., Arroyo-Pizarro, P., Quintana, E., Tupa-Belizario, R. S., & Valencia, P. D. (2024). Escala de Dificultades en la Regulación Emocional: Análisis psicométrico de sus versiones breves en universitarios peruanos. *Revista Argentina de Ciencias del Comportamiento*, 16(2), 60-73.
- Brown, R., & Thorsteinsson, E. (2019). Comorbidity: What Is It and Why Is It Important? *Palgrave Macmillan*. https://doi.org/https://doi.org/10.1007/978-3-030-32545-9_1
- 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*, 256–271. <https://doi.org/https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/a0016608>
- Cantos, A. E., & Solórzano, C. M. (2025). Caracterización de la sintomatología alexitímica en personal que labora en emergencias - urgencias en el Hospital Básico Jipijapa, 2024 – 2025. *Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí*, 29. <https://repositorio.uleam.edu.ec/handle/123456789/9707>
- Cárdenas, V. P. (2021). Epidemiología de la morbilidad psiquiátrica en el Ecuador. *Gaceta Médica Espirituana*, 23(2), 53-65. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=106829>

- Carriel, J. (2023). Consideraciones Sobre Los Posgrados De Medicina En El Ecuador. *Revista Ecuatoriana de Neurología*, 32(2), 10-11.
<https://doi.org/https://doi.org/10.46997/revecuatneurol32200010>
- Cedeño, M. W., & Moreira, M. B. (2025). Caracterización del transdiagnóstico en atención clínica, de los profesionales de salud mental, Manta 2025. *Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí*.
<https://repositorio.ulead.edu.ec/handle/123456789/9733>
- Celleri, M., Cremades, C. F., Rojas, L., & Garay, C. J. (2023). Protocolo Unificado para el tratamiento transdiagnóstico de los trastornos emocionales en formato virtual y grupal en Argentina: tres meses de seguimiento de un estudio piloto. *Vertex Revista Argentina de Psiquiatría*, 34(161), 18-24.
- Chuquitarco, M. J., & López, V. M. (2025). Variables Transdiagnósticas y Depresión en una muestra de mujeres ecuatorianas. *Revista Científica de Psicología Eureka*, 22(1), 121-142. <https://doi.org/https://doi.org/10.63707/Eureka.v22n1a25art7>
- Corral, L., Labad, J., Ochoa, S., Cabezas, A., Muntané, G., Valero, J., . . . Gallardo-Pujol, D. (2021). Cognitive Biases Questionnaire for Psychosis (CBQp): Spanish Validation and Relationship With Cognitive Insight in Psychotic Patients. *Frontiers Psychiatry*, 11.
<https://doi.org/https://doi.org/10.3389/fpsyt.2020.596625>
- Coto, R., Fernández-Rodríguez, C., & González-Fernández, S. (2020). Activación Conductual en formato grupal para ansiedad y depresión. Una revisión sistemática. *Terapia psicológica*, 38(1), 63-84.
<https://doi.org/http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082020000100063>
- Dalglish, T., Black, M., Johnston, D., & Bevan, A. (2020). Transdiagnostic Approaches to Mental Health Problems: Current Status and Future Directions.

Journal of Consulting and Clinical Psychology, 88(3), 179–195.

<https://doi.org/https://doi.org/10.1037/ccp0000482>

- de la Rosa, A., Díaz Sosa, D. M., Flores Plata, L. A., Lojero Ruaro, A., & Romero Martínez, E. (2023). Entrenamiento autogestivo para el desarrollo de competencias clínicas transdiagnósticas en telepsicología: estudio piloto. *Revista de Psicología de la Universidad Autónoma del Estado de México*, 12(32), 29-54.
- Echeburúa, E., Salaberría, K., & Cruz-Sáez, M. (2014). Aportaciones y Limitaciones del DSM-5 desde la Psicología Clínica. *Terapia psicológica*, 32(1), 65-74.
- https://doi.org/https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082014000100007
- Ehring, T., Zetsche, U., Weidacker, K., Wahl, K., Schönfeld, S., & Ehlers, A. (2011). The Perseverative Thinking Questionnaire (PTQ): Validation of a content-independent measure of repetitive negative thinking. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 42(2), 225–232.
- <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2010.12.003>
- Etchemendy, E., Rasal, P., & Fernández Álvarez, J. (2024). Abordajes transdiagnósticos en los trastornos emocionales a nivel iberoamericano: una revisión crítica. *Revista de Psicoterapia*, 25-38.
- Etherton, J. L., & Farley, R. (2022). Behavioral activation for PTSD: A meta-analysis. *Psychological trauma : theory, research, practice and policy*, 14(5), 894–901.
- <https://doi.org/10.1037/tra0000566>
- Eyler, B., & Emmanuel, G. (2023). ¿Apatía o embotamiento emocional por ISRS? Una revisión de la literatura. *Vertex Revista Argentina de Psiquiatría*, 34(161), 61-66. <https://doi.org/https://doi.org/10.53680/vertex.v34i161.486>

- Facio, A., Abdala, M. V., & Groh, J. (2019). El Protocolo Unificado para el Tratamiento Transdiagnóstico de los Trastornos Emocionales. *Investigaciones en Psicología*, 24-32.
<https://doi.org/https://doi.org/10.32824/investigpsicol.a24n2a23>
- Fahed, M., & Steffens, D. C. (2021). Apathy: Neurobiology, Assessment and Treatment. *Clinical psychopharmacology and neuroscience : the official scientific journal of the Korean College of Neuropsychopharmacology*, 19(2), 181–189. <https://doi.org/https://doi.org/10.9758/cpn.2021.19.2.181>
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., & Shafran, R. (2003). Cognitive behaviour therapy for eating disorders: a “transdiagnostic” theory and treatment. *Behaviour research and therapy*, 41(5), 509-528.
- Fusar, P., Solmi, M., Brondino, N., Davies, C., Chae, C., Politi, P., . . . McGuire, P. (2019). Transdiagnostic psychiatry: a systematic review. *World psychiatry : official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 18(2), 192–207.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1002/wps.20631>
- García, J., Saúl, S.-L., & Hernández-Chávez, P. (2022). Tres grandes enigmas de los sesgos cognitivos. *SCIO: Revista De Filosofía*(22), 99-125.
- Gazzillo, F., Dimaggio, G., & Curtis, J. T. (2021). Case Formulation and Treatment Planning: How to Take Care of Relationship and Symptoms Together. *Journal of Psychotherapy Integration*, 31(2), 115–128.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1037/int0000185>
- Gerdan, G. (2025). Exploring the role of contrast avoidance, worry, and rumination in the relationship between intolerance of uncertainty, generalized anxiety disorder, and panic disorder symptoms in a clinical sample. *Curr Psychol*, 44, 6362–6375.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1007/s12144-025-07641-1>

- González Domínguez, S. (2020). Estigma y salud mental: estigma internalizado. *Universidad Complutense de Madrid*.
- González, D., Cernuda Martínez, J. A., Alonso Pérez, F., & Beltrán García, P. &. (2018). Transdiagnóstico: origen e implicaciones en los cuidados de salud mental. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 38(133), 145-166. <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.4321/s0211-57352018000100008>
- González, J. A., & Álvarez, Y. (2022). DSM-5-TR: ANTECEDENTES HISTÓRICOS Y DESCRIPCIÓN GENERAL DE LOS PRINCIPALES CAMBIOS. *REVISTA PUERTORRIQUEÑA DE PSICOLOGÍA*, 33(2).
<https://repsasppr.net/index.php/reps/article/view/807/807>
- González, S. (2020). Estigma y salud mental: estigma internalizado. *Universidad Complutense de Madrid*.
- Gutiérrez, L., Morales Sanlés, P., & Sosa Sánchez, I. (2018). Propiedades psicométricas del cuestionario de pensamientos repetitivos negativos (CPRN-10, Repetitive Negative Thinking Questionnaire, RNTQ-10). *Universidad de La Laguna*.
<http://riull.ull.es/xmlui/handle/915/8785>
- Hadi, M., Martel, C., Huayta, F., Rojas, R., & Arias, J. (2023). *Metodología de la investigación: Guía para el proyecto de tesis*. Puno: Instituto Universitario de Innovación Ciencia y Tecnología Inudi Perú S.A.C.
<https://doi.org/https://doi.org/10.35622/inudi.b.073>
- Harnas, S. J., Knoop, H., Sprangers, M. A., & Braamse, A. M. (2024). Defining and operationalizing personalized psychological treatment – a systematic literature review. *Cognitive Behaviour Therapy*, 53(5), 467–489.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1080/16506073.2024.2333345>

- Harvey, A. G., Watkins, E., Mansell, W., & Roz, S. (2004). *Cognitive behavioural processes across psychological disorders: A transdiagnostic approach to research and treatment*. New York: Oxford University Press.
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, M. d. (2014). *Metodología de la Investigación* (Sexta ed.). México D.F: McGRAW-HILL.
- Hong, R. Y., Zainal, N. H., & Wong, J. N. (2025). The Transdiagnostic Processes of Emotional Symptoms Scale (TPESS): Development of a Measure of Core Cognitive Risk to Emotional Disorders. *Assessment*.
- Hualparuca, L., & Betalleluz, E. P. (2023). Expansion of Knowledge, Practice and Public Policy with the ICD-11 for Psychologists and Mental Health Professionals: A Literature Review and Critical Analysis. *Liberabit*, 29(1).
https://doi.org/http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1729-48272023000100007&script=sci_arttext&tlng=en
- Kaholokula, J. K., Godoy, A., O'Brien, W. H., Haynes, S. N., & Gavino, A. (2013). Análisis funcional en evaluación conductual y formulación de casos clínicos. *Clínica y Salud*, 24(2), 117–127.
[https://doi.org/https://psycnet.apa.org/doi/10.1016/S1130-5274\(13\)70013-6](https://doi.org/https://psycnet.apa.org/doi/10.1016/S1130-5274(13)70013-6)
- Lavigne, K. M., Deng, J., Raucher-Chéné, D., Hotte-Meunier, A., Voyer, C., Sarraf, L., . . . Sauvé, G. (2024). Transdiagnostic cognitive biases in psychiatric disorders: A systematic review and network meta-analysis. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 129.
- López, J. M., & Álvaro, P. (2025). Algunas notas críticas actuales sobre el diagnóstico en psiquiatría. *Norte de salud mental*, XX(72), 36-50.
- Martínez, A. A., & Rosas, F. J. (2021). El estigma hacia los pacientes psiquiátricos: una revisión bibliográfica. *Alternativas Psicológicas*(47).

- Mickelberg, A., Walker, B., Ecker, U. K., & Fay, N. (2024). Helpful or harmful? The effect of a diagnostic label and its later retraction on person impressions. *Acta Psychologica*, 248. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.actpsy.2024.104420>
- Ministerio de Salud Pública. (28 de Marzo de 2023). *MSP fortalece los servicios de salud mental con la contratación de 178 profesionales*. Gob.ec: <https://www.salud.gob.ec/msp-fortalece-los-servicios-de-salud-mental-con-la-contratacion-de-178-profesionales/>
- Ministerio de Salud Pública. (10 de Octubre de 2024). *MSP fortalece su red de servicios de atención en salud mental en todo el territorio*. Gob.ec: <https://www.salud.gob.ec/msp-fortalece-su-red-de-servicios-de-atencion-en-salud-mental-en-todo-el-territorio/>
- Ministerio de Salud Pública. (21 de Enero de 2025). *MSP socializó la actualización del Perfil Profesional del Psicólogo en Salud*. Gob.ec: <https://www.salud.gob.ec/msp-socializo-la-actualizacion-del-perfil-profesional-del-psicologo-en-salud/>
- Mirapeix, C. (2018). Un modelo transdiagnóstico guiado por el Self: Una visión ampliada de la psicoterapia cognitivo analítica. *Avances en psicoterapias transdiagnósticas*, 29(110), 111-133. <https://doi.org/https://doi.org/10.33898/rdp.v29i110.250>
- Moreno, D., Wong-Ayoub, J., Martha, A.-M., Andrés-Suárez, D. S., Santana, D., Meza-Venegas, J., . . . Rocío, G.-S. (2023). Number of Neurologists and Neurology Training Programs available in. *Revista Ecuatoriana de Neurología*, 32(2).
- Muela Aparicio, A., & Sansinenea Méndez, E. (2020). Tratamientos psicológicos personalizados: orientaciones clínicas. *Papeles del Psicólogo*, 41(1), 16-26. <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.23923/pap.psicol2020.2915>

- Nordgaard, J., Møller Nielsen, K., Rosén Rasmussen, A., & Gram Henriksen, M. (2023). Psychiatric comorbidity: a concept in need of a theory. *Psychological Medicine*, 5902–5908.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1017/S0033291723001605>
- Organización Mundial de la Salud. (30 de Septiembre de 2025). *Trastornos mentales*. who.int: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>
- Organización Panamericana de la Salud. (2 de Septiembre de 2025). *Más de mil millones de personas viven con trastornos de salud mental: urge ampliar los servicios*. paho.org: <https://www.paho.org/es/noticias/2-9-2025-mas-mil-millones-personas-viven-con-trastornos-salud-mental-urge-ampliar>
- Ortega, V. (2021). Estudio correlacional: evitación experiencial, insomnio y rumiación en adolescentes. *MLS Psychology Research*, 4(1), 99-115. <https://doi.org/doi:10.33000/mlspr.v4i1.641>
- Ortiz, M. d., & Marín, M. (2022). La Psicoterapia Analítica Funcional. Un recorrido desde su origen hasta la actualidad. *Apuntes De Psicología*, 40(2), 87-95.
<https://doi.org/https://doi.org/10.55414/ap.v40i2.1321>
- Patel, T., Mansell, W., & Veale, D. (2015). The Cognitive Behavioural Processes Questionnaire: A Preliminary Analysis within Student, Mixed Clinical and Community Samples and the Identification of a Core Transdiagnostic Process. *Cogn Ther Res*, 39, 193–203. <https://doi.org/https://doi.org/10.1007/s10608-014-9641-9>
- Pérez, A., Díez-Gómez, A., Pérez-Albéniz, A., Al-Halabí, S., Lucas-Molina, B., Debbané, M., & Fonseca-Pedrero, E. (2024). The assessment of transdiagnostic dimensions of emotional disorders: Validation of the Multidimensional Emotional Disorders Inventory (MEDI) in adolescents with subthreshold anxiety

- and depression. *Journal of Affective Disorders*, 138-147.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jad.2024.04.081>
- Przeworski, A., & Newman, M. G. (2024). The Contrast Avoidance Model: Conclusion and Synthesis of New Research in the Special Issue. *Journal of anxiety disorders*, 102. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2024.102830>
- Rancel, A., & Sosa, N. (2023). Sesgos de memoria en adultos con depresión: una revisión sistemática. *Universidad de La Laguna*.
<https://riull.ull.es/xmlui/handle/915/33783>
- Requena, E. (2022). *Bases conceptuales y sistemas de clasificación de Psicopatología*. Barcelona: Universitat Oberta de Catalunya.
- Rodríguez, Á., Del Río, F. J., Mallat, I., Gemar, E., Barrilado, L., Fernández, A., & Hervías, F. (2022). Aplicación grupal del protocolo unificado para el tratamiento transdiagnóstico de los trastornos emocionales en una muestra universitaria. *Acción Psicológica*, 19(2), 97–114.
<https://doi.org/https://doi.org/10.5944/ap.19.2.37002>
- Roefs, A., Fried, E. I., Kindt, M., Martijn, C., Elzinga, B., M Evers, A. W., . . . Jansen, A. (2022). A new science of mental disorders: using personalised, transdiagnostic, dynamical systems to understand, model, diagnose and treat psychopathology. *Behaviour Research And Therapy*, 153, 1-10.
- Sánchez, R. N. (2024). Análisis de variables transdiagnósticas en el consumo problemático de alcohol y depresión en Ecuador. *Universidad Pública de Navarra*. <https://doi.org/https://doi.org/10.48035/Tesis/2454/50511>
- Sandhu, T. R., Xiao, B., & Lawson, R. P. (2023). Transdiagnostic computations of uncertainty: towards a new lens on intolerance of uncertainty. *Neuroscience &*

Biobehavioral Reviews, 148.

<https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2023.105123>

Sandín, B. (2014). El transdiagnóstico como nuevo enfoque en psicología clínica y psiquiatría. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*, 9-13. <https://doi.org/https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4906864.pdf>

Sauer-Zavala, S., Gutner, C. A., Farchione, T. J., Boettcher, H. T., Bullis, J. R., & Barlow, D. H. (2017). Current Definitions of “Transdiagnostic” in Treatment Development: A Search for Consensus. *Behavior Therapy*, 48(1), 128-138. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.beth.2016.09.004>

Stangier, U., Kohl, V., Görg, N., Sendig, L., Hufschmidt, B., Bonarius, D., . . . Hofmann, S. G. (2024). Process-based therapy vs. routine-CBT for difficult-to-treat mood and anxiety disorders: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 25(1). <https://doi.org/https://doi.org/10.1186/s13063-024-08689-3>

Suárez, V. E., Lucero Albán, P. d., Pallo Almaché, J. P., Alvear Ortiz, L. F., & Ledesma Figueroa, W. A. (2021). Perspectivas y garantía de atención de salud mental en Ecuador. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 37(3). http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252021000300012&lng=es&tlng=es.

Toro, R. A., Barrera, S. M., Ramos Rodríguez, B. R., & Velásquez Gordillo, A. I. (2019). Sensitividad Ansiosa y Afecto Negativo: Modelo transdiagnóstico para síntomas ansiosos y depresivos. *Revista de Psicología*, 37(2), 583-602.

Toro, R. A., González Gutiérrez, E., Navarro Ocampo, A., & Ortiz Prada, H. V. (2020). Rumiación cognitiva y psicopatologías externalizantes una revisión sistemática. *Revista Iberoamericana de Psicología*, 13(2), 125-134.

- Toro, R. A., Vulbuena-Martin, M., Riveros-Lopez, D., Zapata-Orjuela, M., & Florez-Tovar, A. (2020). Rumiación cognitiva y su relación con las psicopatologías internalizantes: una revisión sistemática. *Psicumex*, 10(2), 1-28.
<https://doi.org/https://doi.org/10.36793/psicumex.v10i2.345>
- Wang, Y., Tian, J., & Yang, Q. (2024). Experiential Avoidance Process Model: A Review of the Mechanism for the Generation and Maintenance of Avoidance Behavior. *Psychiatry and Clinical Psychopharmacology*, 34(2), 179-190.
<https://doi.org/10.5152/pcp.2024.23777>
- Wong, S. M., Chen, E. Y., Lee, M. C., Suen, Y. N., & Hui, C. L. (2023). Rumination as a Transdiagnostic Phenomenon in the 21st Century: The Flow Model of Rumination. *Brain Sciences*, 13(7), 1041.
<https://doi.org/https://doi.org/10.3390/brainsci13071041>
- Yeung, S. R., Nguyen, C. P., Liu, S., Widjaja, E. S., Dang, A. B., Fuller-Tyszkiewicz, M., & Krug, I. (2025). Is Alexithymia a Transdiagnostic Factor Across Depressive, Anxiety, and Eating Disorders in Adults? A Meta-Analytic Review. *Clinical Psychology: Science and Practice*.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1037/cps0000288>

Anexos

Figura 4

Certificado de Plagio

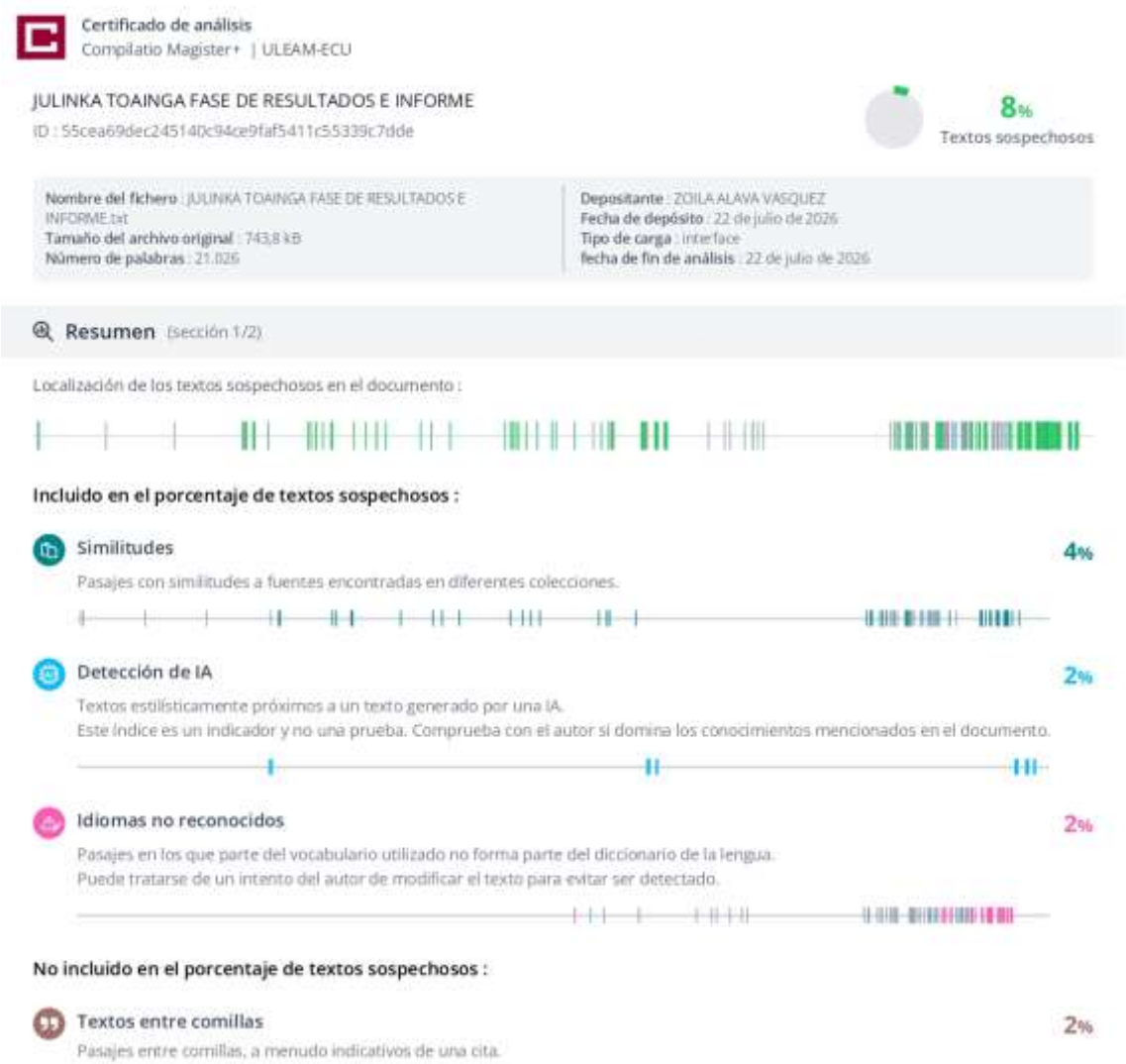


Figura 5

Consentimiento Informado


UNIVERSIDAD LAICA ELOY ALFARO DE MANABI
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE PSICOLOGÍA
CONSENTIMIENTO INFORMADO PROYECTO DE INVESTIGACION

PARTE I: INFORMACIÓN PARA EL PARTICIPANTE/REPRESENTANTE LEGAL

A. TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN
 Caracterización del Transdiagnóstico en la Atención Clínica de los Profesionales de Salud Mental, Manta 2025.

B. NOMBRE DE INVESTIGADOR PRINCIPAL Y DATOS DE CONTACTO

Nombres completos:	Julieta Valentina Toinga Rodríguez	Cédula:	1314102241
Teléfono:	0985337014	Correo electrónico:	j3114200241@psyc.uleam.edu.ec
Nombre de la institución a la cual se encuentra suscrito el investigador (SI APLICA):		Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí	

C. NOMBRE DEL COMITÉ DE ÉTICA DE INVESTIGACIÓN EN SERES HUMANOS QUE EVALUÓ Y APROBÓ EL ESTUDIO Y DATOS DEL CONTACTO

Nombres completos:	Dr. Juan Manuel Sierra Zambrano, Exp.	Cédula:	1310174119
Teléfono:	0984693257	Correo electrónico:	comiteetica@investigacion@uleam.edu.ec
Nombre del comité:		Comité de Ética e Investigación en seres humanos de la universidad laica Eloy Alfaro de Manabí (CEISH-ULEAM)	

D. NOMBRE DEL CENTRO O ESTABLECIMIENTO EN EL QUE SE REALIZARÁ LA INVESTIGACIÓN
 No aplica

E. INTRODUCCIÓN
 El proyecto de investigación se centra en caracterizar el enfoque transdiagnóstico en la atención clínica de los profesionales de salud mental en Manta, con los objetivos de identificar, describir y analizar el proceso transdiagnóstico, para lograr intervenciones integrales centradas en procesos cognitivos en común entre los trastornos comórbidos y facilitar la práctica clínica.

F. PROPÓSITO DEL ESTUDIO
 Caracterizar el Transdiagnóstico en la Atención Clínica de los Profesionales de Salud Mental, Manta 2025.
 1. Identificar el proceso de transdiagnóstico en la atención clínica de los profesionales de salud mental de Manta.
 2. Describir el proceso de transdiagnóstico en la atención clínica de los profesionales de salud mental de Manta.
 3. Evaluar el proceso de transdiagnóstico en la atención clínica de los profesionales de salud mental de Manta.

G. PROCEDIMIENTOS POR REALIZAR

No.	Actividad	Objetivo del proyecto con el que se vincula la actividad	Justificación del motivo	Lugar de ejecución	Responsable	Tiempo de duración
1.	Entrevista Semiestructurada	Identificar el conocimiento, actitud y práctica de los profesionales de salud mental de Manta 2025.	La aplicación de la entrevista semiestructurada permite obtener información de forma cualitativa para complementar la utilización del cuestionario CAP.	Lugar que decida el participante	Investigadora	1 mes
2.	Cuestionario CAP (Conocimiento, Actitud y Práctica).	Identificar el conocimiento, actitud y práctica de los profesionales de salud mental de Manta 2025.	La aplicación del cuestionario permite identificar el conocimiento que tienen los profesionales sobre el transdiagnóstico, la actitud ante el enfoque y el uso en la práctica.	Lugar que decida el participante	Investigadora	1 mes

H. BENEFICIOS DE LA PARTICIPACIÓN Y FORMA DE SOCIALIZAR LOS RESULTADOS
 1. La identificación del proceso transdiagnóstico en la atención clínica fortalece la práctica del profesional de salud mental, identificando áreas de mejora y ámbitos de actualización de enfoques terapéuticos utilizados.
 2. Utilización de los datos obtenidos en futuras investigaciones, favoreciendo la utilización del enfoque transdiagnóstico en la práctica clínica de los profesionales de salud mental.

I. RIESGOS FÍSICOS Y PSICOLÓGICOS A CORTO Y LARGO PLAZO DE LA PARTICIPACIÓN Y FORMAS DE MITIGARLOS

Riesgos	Formas de mitigarlos
1. La aplicación del instrumento es de carácter no invasivo, la muestra no presentaría riesgos físicos o psicológicos significativos, ni a corto ni largo plazo.	

J. COSTOS Y COMPENSACIÓN
 1. El participante/representante legal NO pagará por ninguno de los análisis que se realicen en la investigación.
 2. El participante/representante legal NO recibirá ninguna compensación por su participación.

K. MECANISMOS PARA RESGUARDAR LA CONFIDENCIALIDAD DE DATOS
 1. Durante el desarrollo de la investigación la información obtenida; será entregada a la/el investigadora/or principal previamente ANONIMIZADOS.
 2. Al finalizar la investigación la información obtenida; será eliminada al cabo de 3 meses de entregado el producto final o será entregada de forma ANONIMIZADA a la/el director/a de carrera con el propósito de contribuir al desarrollo de futuras investigaciones.



UNIVERSIDAD LAICA ELOY ALFARO DE MANABÍ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE PSICOLOGÍA
CONSENTIMIENTO INFORMADO PROYECTO DE INVESTIGACION

PARTE II: CONSENTIMIENTO INFORMADO

A. DECLARATORIA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO		
Yo, en calidad de participante/representante legal del participante declaro que:	SI	NO
1. He leído el consentimiento informado.		
2. Han respondido a todas mis preguntas.		
3. Entiendo los riesgos y beneficios de participar.		
4. Entiendo que al firmar este documento, NO implica renunciar a ninguno de los derechos que por ley me corresponden.		
5. He sido informado de todos y cada uno de los procedimientos que se realizarán para la ejecución de la investigación.		
6. He sido informado que los cuestionarios y en general cualquier registro que contenga sus datos será resguardado en un sitio seguro.		
7. He sido informado que los resultados podrán ser publicados en revistas científicas u otros medios bibliográficos o pueden ser presentados en reuniones o eventos con fines académicos manteniendo el anonimato de estos sin revelar mi nombre o datos de identificación.		
8. He sido informado que al finalizar la investigación la información obtenida; será eliminada al cabo de 3 meses de entregado el producto final o será entregada de forma ANONIMIZADA a la/el director/a de carrera con el propósito de contribuir al desarrollo de futuras investigaciones.		
9. He sido informado que los datos recolectados durante el proceso están sujetos a una política de estricta confidencialidad y que, por lo tanto, no puede ser divulgados a terceras personas sin nuestro consentimiento expreso. He sido informado que en el caso de que el investigador sea ordenado judicialmente o el mismo identifique situaciones que puedan representar un riesgo muy grave para mi persona o mi representante legal en su defecto, el investigador entregará solo la información pertinente del asunto en cuestión a las entidades acertadas, manteniendo la confidencialidad de cualquier otra información.		
10. Me será entregada una copia, una vez suscrito este documento.		
11. Mi participación es voluntaria, por lo que tengo el DERECHO de retirar mi consentimiento en cualquier momento.		
12. Consiento voluntariamente mi participación o la de mi representante en el estudio.		

	<i>Firma/Inscripción</i>	<i>Firma/Inscripción</i>	<i>Firma/Inscripción</i>
Denominación	Firma participante/ representante legal	Firma testigo #1	Firma testigo #2
Nombres completos:			
Cédula:			
Correo electrónico:			
Teléfono:			
Dirección:			
Lugar y fecha:			

B. DECLARATORIA DE REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO		
Yo, en calidad de participante/representante legal del participante declaro que pene a haber aceptado previamente mi participación en la investigación en mención, revoco mi autorización, implicando que los datos o muestras biológicas obtenidos del participante serán eliminados y no podrán utilizarse para ningún fin investigativo. Esta revocatoria no causará penalidad o impacto alguno en la atención en salud que por ley le corresponde al participante.		

	<i>Firma/Inscripción</i>	<i>Firma/Inscripción</i>	<i>Firma/Inscripción</i>
Denominación	Firma participante/ representante legal	Firma testigo #1	Firma testigo #2
Nombres completos:			
Cédula:			
Correo electrónico:			
Teléfono:			
Dirección:			
Lugar y fecha:			

Figura 6

Carta de Exención del CEISH



Ministerio de Salud Pública
Coordinación General de Desarrollo Estratégico en Salud
Dirección Nacional de Investigación en Salud

ANEXO 11. Formato de Carta de exención

Oficio circular No. 0064-CEISH-JMSZ-2026
Manta, 05 de enero de 2026

Señor/a,
Julinka Valentina Toainga Rodríguez
Investigador Principal
Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí
Presente

De mi consideración,
El Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos de la Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí (CEISH-Uleam), una vez que revisó el protocolo de investigación titulado **"Caracterización del Transdiagnóstico en la Atención Clínica de los Profesionales de Salud Mental. Manta 2025"**, codificado como **"CEISH-ULEAM_0506"** notifica a Usted que este proyecto es una investigación exenta de evaluación por parte del CEISH-Uleam, de acuerdo con lo establecido en la normativa legal vigente.

Descripción de la Investigación:

- Tipo de estudio: Investigación con enfoque mixto, de tipo descriptivo con corte transversal.
- Duración del estudio: 8 meses.
- Instituciones participantes: Consultorios de salud mental y ULEAM (Carrera de Psicología).
- Investigadores del estudio: Julinka Valentina Toainga Rodríguez (Investigador Principal)

Documentación de la investigación:

Nombre de Documentos	Número de páginas	Fecha
Declaración de responsabilidad	2	24/11/2025
Carta de interés de el/los máximas autoridades de el/los establecimientos	No Aplica	No Aplica
Solicitud de exención con justificación para considerarlo exento	No Aplica	No Aplica
Formulario para la presentación de protocolos de investigaciones	31	24/11/2025
Instrumentos que se emplearán para la ejecución del estudio	No Aplica (Incluido en el Anexo 2)	No Aplica (Incluido en el Anexo 2)

Esta carta de exención tiene una vigencia de ocho meses, contado desde la fecha de recepción de esta documentación. La investigación deberá ejecutarse de conformidad a lo descrito en el protocolo de investigación presentado al CEISH-Uleam. Cualquier modificación a la documentación antes descrita, deberá ser presentada a este Comité para su revisión y aprobación.

Atentamente,



Juan Manuel Sierra
Zambrano

Od. Juan Manuel Sierra Zambrano, Esp.
Presidente CEISH-Uleam

Institución Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí
Teléfono: 0989693757

Correo electrónico: comiteeticainvestigacion@uleam.edu.ec

**Cuestionario CAP (Conocimientos, Actitudes y Prácticas) adaptado al
transdiagnóstico.**

Datos sociodemográficos			
Identificación (primera letra del nombre, primera letra del apellido y primeros cuatro dígitos de la cédula. Ej. JT1314)			
Número de contacto			
1. Formación		3. Tipo de institución en la que labora	
Psicología		Pública	
Psiquiatría		Privada	
Neurología		Ambas	
Terapia Ocupacional			
2. Nivel educativo alcanzado		4. Carga laboral	
Título de tercer nivel		Baja (1 a 5 pacientes diarios)	
Maestría		Media (6 a 10 pacientes diarios)	
Doctorado			
Diplomado		Alta (11 o más pacientes diarios)	
Especialidad			
5. Escriba sus años de experiencia laboral en la salud mental			

CONOCIMIENTOS	Escala Likert				
Preguntas	Nunca	Casi nunca	A veces	Frecuentemente	Siempre
1. ¿Tiene entendimiento de los modelos dimensionales (biológicos como comportamentales), y los usa para identificar procesos comunes en un paciente con múltiples diagnósticos?					

CONOCIMIENTOS	Escala Likert				
Preguntas	Nunca	Casi nunca	A veces	Frecuentemente	Siempre
2. ¿En base a su conocimiento, un enfoque integrativo de métodos puede contribuir de forma positiva al diagnóstico y tratamiento de un paciente en el área de salud mental?					
3. ¿Contempla el enfoque categorial y dimensional al evaluar la sintomatología de los pacientes?					
4. ¿Cree que los pacientes muestran mayor satisfacción cuando se utiliza un modelo integrativo que permite abordar múltiples síntomas en una misma persona?					
5. ¿Ha identificado beneficios en la aplicación de modelos integrativos que pueden ser utilizadas en diversos trastornos en un paciente?					
6. ¿En su concepción, cree que los diversos enfoques aplicados en casos de pacientes permiten abordar diferentes trastornos con un mismo protocolo de intervención, lo cual facilita					

CONOCIMIENTOS	Escala Likert				
Preguntas	Nunca	Casi nunca	A veces	Frecuentemente	Siempre
la optimización de recursos en la atención clínica?					

ACTITUDES	Escala Likert				
Preguntas	Nunca	Casi nunca	A veces	Frecuentemente	Siempre
1. ¿Considera beneficioso un enfoque integrativo que permita identificar y tratar factores comunes en distintos trastornos dentro de la atención clínica?					
2. ¿Cree que un enfoque basado en la identificación de los síntomas compartidos entre los diferentes trastornos contribuye a una evaluación diagnóstica más precisa?					
3. ¿Está dispuesto a recibir formación en metodologías que promuevan una evaluación y tratamiento más integrados para diversas condiciones psicológicas?					
4. ¿Cree que los pacientes pueden experimentar mayor satisfacción cuando el tratamiento se centra en aspectos compartidos de su sintomatología en lugar de					

ACTITUDES	Escala Likert				
Preguntas	Nunca	Casi nunca	A veces	Frecuentemente	Siempre
diagnósticos específicos y rígidos?					
5. ¿Considera que la aplicación de un modelo como es el integrativo que agrupe características comunes de distintos trastornos puede mejorar la eficacia del tratamiento?					
6. ¿Cree que la implementación de modelos integrativos que aborden múltiples condiciones con un mismo protocolo favorece un mejor uso de los recursos en salud mental?					

PRÁCTICA	Escala Likert				
Preguntas	Nunca	Casi nunca	A veces	Frecuentemente	Siempre
1. ¿Con qué frecuencia utiliza un enfoque que permita identificar patrones comunes entre diferentes trastornos al realizar una evaluación diagnóstica?					
2. ¿Aplica el uso de estrategias que le permiten abordar síntomas compartidos en distintos					

PRÁCTICA	Escala Likert				
Preguntas	Nunca	Casi nunca	A veces	Frecuentemente	Siempre
trastornos dentro de su práctica clínica?					
3. ¿En qué medida incorpora en su práctica protocolos de diagnóstico y tratamiento que puedan aplicarse a diversas condiciones clínicas con características similares?					
4. ¿Con qué regularidad usa estrategias que aborden aspectos transversales de la sintomatología en sus pacientes?					
5. ¿Con qué frecuencia emplea enfoques que permitan trabajar de manera conjunta diferentes síntomas sin centrarse exclusivamente en un diagnóstico específico y rígido?					
6. ¿De acuerdo con lo observado en su práctica clínica, cree que el uso de modelos integrativos ha permitido que sus pacientes mejoren la calidad de vida con un tratamiento más integral de acuerdo con sus casos?					

Entrevista Semiestructurada

- ¿Qué opinión tiene usted sobre los procesos de diagnóstico en la atención en salud mental?
- Según su opinión ¿Cuáles son las principales características de ese proceso de diagnóstico?
- ¿Cuáles son las principales problemáticas de ese proceso de diagnóstico?
- ¿Cuál es el modelo que utiliza en su práctica clínica?
- ¿Qué enfoque utiliza en su práctica clínica?
- ¿Qué diagnósticos de salud mental son los que tienen mayor prevalencia?
- ¿Con cuánta regularidad diagnostica comorbilidades?
- Desde su perspectiva, ¿cómo conviven los enfoques dimensional, categorial e integrativo? ¿Ha modificado sus formas habituales de evaluación para incorporarlos?
- ¿Qué estrategias utiliza para trabajar con procesos de regulación emocional?
- ¿Conoce el transdiagnóstico?
- Si la respuesta a la pregunta anterior es no, ¿Le gustaría conocer el enfoque transdiagnóstico?
- Si la respuesta anterior es si ¿Cuáles son los procesos comunes transdiagnósticos que conoce?
- ¿Ha utilizado el transdiagnóstico en sus casos clínicos?
- ¿Cuáles son las limitaciones que identifica en la aplicación del transdiagnóstico?
- ¿De qué manera influiría en su práctica clínica el transdiagnóstico?

- ¿Hay algún aspecto que considere relevante para comprender el transdiagnóstico y que no se haya abordado en la entrevista?

Figura 7

Validación por Expertos del Instrumento de Entrevista Semiestructurada


Uleam
 UNIVERSIDAD LACA
 ELIZ ALFARO DE MANNI

Facultad de Ciencias de la Salud
Carrera de Psicología

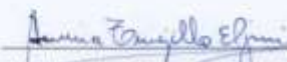
Manta, 20 de noviembre de 2025

Informe de validación de técnicas cualitativas de investigación científica

Psi. Cll. Amira Gioconda Trujillo Eljuri Mg.
 Psi. Cll. Mariela Yesenia Chávez Intriago Mg.
 Dr. Camas Baena Victoriano.

Certifican lo siguiente:

Una vez revisada la técnica de investigación "Entrevista Semiestructurada" del proyecto de investigación "Caracterización del Transdiagnóstico en la Atención Clínica de los Profesionales de Salud Mental. Manta 2025." elaborada por Toainga Rodríguez Julinka Valentina cuya tutora académica de investigación es la Psi. Cll. Zoila María Álava Vázquez de la Carrera de Psicología, certificamos que la técnica de investigación "Entrevista Semiestructurada" reúne los requisitos indispensables, pertinentes y rigurosos que garantizan la cientificidad del procedimiento, predisponiendo y garantizando la consecución de los objetivos de dichos proyectos de la investigación.


 Psi. Cll. Amira Gioconda Trujillo Eljuri Mg.


 Psi. Cll. Mariela Yesenia Chávez Intriago Mg.


 Dr. Camas Baena Victoriano.

Figura 8

Datos Recopilados en Forms del Cuestionario CAP



The screenshot displays a Google Forms interface for a survey titled 'Cuestionario CAP (Conocimientos, Actitudes y Prácticas) adaptado al transdiagnóstico'. The form is owned by 'TOBIAS RODRIGUEZ'. The 'Conclusiones y acciones' section is expanded, showing 'Información general sobre respuestas' as 'Activo'. The summary data includes: 40 responses, a completion time of 06:33, and a duration of 33 days. A link to 'Ver detalles' is provided. The identification field shows the first letters of the respondent's name and the last four digits of their email address (JF1114).

Métrica	Valor
Respuestas	40
Tiempo promedio	06:33
Duración	33 Días

Figura 9

Fotos de Evidencia de Recolección de Información

