

FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y SOCIALES

Procesos psicológicos y factores externos en el cambio terapéutico: una mirada desde la Process-Based Therapy.

Autor/a: Marta Urrutia Martínez

Director/a: Pablo Nájera Álvarez

Madrid

2025/2026

ÍNDICE

Resumen 3

Abstract 3

1. Introducción 5

1.1. Justificación y finalidad del trabajo 5

1.2. Objetivos del trabajo 6

1.3. Del modelo diagnóstico al enfoque transdiagnóstico 6

2. Modelos transdiagnósticos 9

2.1. Modelo Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP) 9

2.2. Modelo Research Domain Criteria (RDoC) 10

2.3. Modelo de Redes 11

2.4. Modelo de Barlow 12

2.5. Comparativa y limitaciones de los modelos transdiagnósticos 14

3. La Process-Based Therapy (PBT) 16

3.1. Fundamentos de la PBT: De protocolos a procesos 16

3.2. El Meta-Modelo Evolutivo Extendido (EEMM) 17

3.3. Ciencia Idionómica: el análisis de caso único (N=1) 17

4. Procesos psicológicos y factores externos en el cambio terapéutico 20

4.1. El impacto del contexto social en la dinámica de los procesos de cambio internos 20

4.2. Alianza terapéutica como predictor del éxito 21

4.3. Análisis del abandono desde la Ciencia Idionómica 22

4.4. Recomendaciones para la práctica clínica 23

5. Discusión y consideraciones finales 26

6. Referencias 29

7. ANEXO 35

Resumen

Este Trabajo Final de Grado aborda el cambio terapéutico desde una perspectiva basada en procesos psicológicos, cuestionando la capacidad del modelo diagnóstico tradicional para explicar la complejidad real del malestar psicológico. A partir de la revisión de distintos enfoques transdiagnósticos, se plantea que, aunque estos han supuesto un avance importante, siguen siendo limitados a la hora de explicar el funcionamiento particular de cada persona y los factores que realmente impulsan su evolución clínica. En este sentido, el trabajo propone la Process-Based Therapy como un marco que permite integrar estos modelos al situar el foco en los procesos de cambio y en la interacción continua entre el individuo y su entorno. Desde esta perspectiva, el cambio terapéutico deja de entenderse como la aplicación de técnicas estandarizadas y pasa a concebirse como un proceso dinámico, ajustado a la configuración específica de cada paciente. A lo largo del trabajo se analiza especialmente el papel del contexto social, la alianza terapéutica y el abandono, interpretado este último como una señal del funcionamiento del sistema psicológico más que como un fallo del paciente. En conjunto, se defiende que este enfoque permite una comprensión más profunda del cambio terapéutico y abre la puerta a una práctica clínica más flexible, personalizada y ajustada a la complejidad individual.

Palabras clave: Process-Based Therapy, enfoque transdiagnóstico, procesos psicológicos, cambio terapéutico, abandono terapéutico.

Abstract

This thesis explores therapeutic change from a psychological process-based perspective, challenging the ability of traditional diagnostic models to explain the true complexity of psychological distress. Building on a review of various transdiagnostic approaches, it is argued that while these represent a significant step forward, they remain limited in explaining the unique functioning of each individual and the factors that truly drive their clinical progress. In this regard, the study proposes Process-Based Therapy as a framework that integrates these models by focusing on change processes and the continuous interaction between the individual and their environment. From this perspective, therapeutic change is no longer understood as the application of standardized techniques; instead, it is viewed as a dynamic process tailored to the specific dynamics of

each patient. Throughout the paper, particular emphasis is placed on the role of the social context, the therapeutic alliance, and treatment dropout the latter being interpreted as a signal of the psychological system's functioning rather than a failure on the patient's part. Overall, it is argued that this approach allows for a deeper understanding of therapeutic change and paves the way for a more flexible, personalized clinical practice adapted to individual complexity.

Keywords: Process-Based Therapy, transdiagnostic approach, psychological processes, therapeutic change, therapeutic dropout.

1. Introducción

1.1. Justificación y finalidad del trabajo

En los últimos años, la psicología clínica ha señalado la necesidad de superar las limitaciones del modelo diagnóstico tradicional (Hayes & Hofmann, 2018; Kotov et al., 2017). Aunque manuales como el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM; American Psychiatric Association, 2013) o la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE; Organización Mundial de la Salud, 2019) han mejorado la fiabilidad diagnóstica, su aplicación clínica presenta problemas estructurales como la alta comorbilidad y la heterogeneidad de los síntomas, lo que limita su capacidad para predecir el curso del tratamiento (Dalgleish et al., 2020).

Como respuesta, han surgido modelos transdiagnósticos que proponen estudiar procesos psicológicos transversales en lugar de etiquetas diagnósticas (Sandín et al., 2012). Entre estos enfoques destacan propuestas como la Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP; Kotov et al., 2017) o el Modelo de Redes (Network Approach to Psychopathology; Borsboom, 2017). Sin embargo, a pesar de estos avances teóricos, todavía se detecta una falta de integración entre los procesos internos y los factores externos y relacionales, como la alianza terapéutica o el apoyo social, que explican gran parte de la eficacia de la terapia (Wampold, 2015).

La finalidad principal de este trabajo es analizar el cambio terapéutico a través de la Process-Based Therapy (PBT; Hayes & Hofmann, 2018). Se propone este modelo como el marco unificado capaz de integrar la complejidad de los procesos individuales con el contexto del paciente. A diferencia de los enfoques nomotéticos tradicionales, la PBT sitúa el foco en la identificación de patrones de funcionamiento únicos y modificables (Hayes & Hofmann, 2018).

Para dar soporte metodológico a esta visión idiográfica, este trabajo explora el método Group Iterative Multiple Model Estimation (GIMME; Gates & Molenaar, 2012). Se trata de una herramienta que permite llevar a la práctica las ideas de la PBT, ya que ayuda a analizar cómo cambian los procesos de cada persona y representarlos mediante mapas de conectividad detallados (Beltz et al., 2016). En definitiva, el estudio busca analizar cómo el uso de un enfoque basado en procesos, apoyado por análisis dinámicos, permite una

práctica clínica más flexible, humana y adaptada a la realidad funcional de cada paciente (Haynes et al., 2009).

1.2. Objetivos del trabajo

El objetivo principal de este Trabajo Final de Grado es analizar los mecanismos responsables del cambio terapéutico, integrando para ello los modelos transdiagnósticos con un foco especial en la PBT. Con ello, se busca comprender cómo interactúan los procesos psicológicos internos con los factores contextuales externos que influyen en la terapia. A partir de esta revisión, se busca extraer ideas que puedan contribuir a una práctica clínica más personalizada y ajustada a las necesidades reales de los pacientes.

Para la consecución de este propósito, se plantean los siguientes objetivos específicos:

1. Examinar críticamente la evolución de la psicopatología, desde las limitaciones que presentan los modelos diagnósticos tradicionales hasta llegar al desarrollo de los principales enfoques transdiagnósticos (HiTOP, RDoC, Redes y Modelo de Barlow), identificando sus aportaciones y limitaciones actuales.
2. Analizar el marco teórico de la PBT, explicando cómo este enfoque entiende el cambio psicológico a través de procesos dinámicos, a diferencia de los modelos clásicos centrados en el diagnóstico.
3. Estudiar la relación conjunta entre los procesos internos del paciente y los factores externos (como alianza terapéutica, y el contexto social) en la predicción del éxito terapéutico y en la prevención del abandono.
4. Proponer recomendaciones para la práctica clínica que permitan ajustar el tratamiento a cada persona, teniendo en cuenta los procesos psicológicos y el contexto, con la idea de mejorar la eficacia de la terapia y evitar el abandono.

1.3. Del modelo diagnóstico al enfoque transdiagnóstico

Históricamente, la psicopatología se ha organizado a través de manuales estructurados en los cuales cada trastorno era considerado como una caja fija (Andrade, 2003). Aunque este sistema fue útil durante mucho tiempo para clasificar los problemas y facilitar la

comunicación entre profesionales, con el paso de los años empezaron a aparecer limitaciones importantes asociadas a este modelo (Sandín et al., 2012).

Uno de los problemas principales es la comorbilidad entre los trastornos. Al ir incorporando cada vez más categorías diagnósticas, se volvió muy común que una misma persona cumpliera criterios para varios trastornos a la vez. Este hecho generó dudas sobre si realmente se trataba de problemas independientes o si, por el contrario, eran distintas manifestaciones de un mismo problema (Dalgleish et al., 2020). Por otro lado, el modelo tradicional también ha mostrado una gran heterogeneidad dentro de una misma categoría. Esto significa que dos personas con el mismo diagnóstico pueden tener síntomas muy diferentes, niveles de gravedad distintos y reacciones muy variadas al tratamiento, lo que dificulta mucho el diseño de una intervención que se ajuste a lo que el paciente necesita de verdad (Sandín et al., 2012).

Debido a estas dificultades, la psicopatología ha ido transformando su manera de clasificar los trastornos. Para entender este paso hacia los modelos actuales, es fundamental distinguir entre el modelo categorial y el modelo dimensional. Por una parte, el modelo categorial organiza los problemas en diagnósticos cerrados y establece criterios para decidir si una persona tiene o no un trastorno. Aunque este enfoque busca la claridad, presenta muchos problemas cuando los límites entre un trastorno y otro no están claros (Widiger & Samuel, 2005). Esto suele provocar que pacientes con perfiles muy diferentes terminen compartiendo la misma etiqueta diagnóstica por la rigidez del sistema.

Como alternativa, el modelo dimensional propone entender los problemas psicológicos como un conjunto de dimensiones que varían en intensidad. Desde este punto de vista, la psicopatología se ve como un gradiente que depende de qué tan graves sean los rasgos psicológicos de la persona (Caspi et al., 2014). Esto permite describir mejor la gravedad del malestar y las diferencias individuales, ofreciendo una visión más real en la consulta (Helzer et al., 2006). Sin embargo, este modelo todavía se enfrenta a la falta de un consenso claro sobre cuáles son las dimensiones más importantes o cómo deberían evaluarse en la práctica clínica (Sandín et al., 2012).

El enfoque transdiagnóstico surge precisamente para intentar resolver todas estas limitaciones. A diferencia de los modelos de siempre, este planteamiento se centra en identificar los procesos psicológicos que están presentes en distintos trastornos (Mansell et al., 2009). De esta manera, el interés deja de estar en la apariencia de los síntomas y

pasa a centrarse en los procesos que mantienen el problema (Nolen-Hoeksema & Watkins, 2011).

Este cambio de perspectiva tiene consecuencias directas muy positivas en la práctica clínica. En lugar de usar protocolos rígidos basados en etiquetas, permite diseñar intervenciones mucho más flexibles que se adaptan a cada persona (Ellard et al., 2010). Además, esto simplifica la labor del terapeuta al reducir la necesidad de memorizar múltiples protocolos específicos, permitiéndoles centrarse en un conjunto de estrategias comunes que sirven para tratar procesos compartidos (García-Escalera et al., 2016). Por último, este enfoque ayuda a que el paciente se sienta más vinculado a su terapia, ya que percibe que el tratamiento está hecho a su medida para trabajar sobre lo que realmente le está generando malestar (Mansell et al., 2009).

2. Modelos transdiagnósticos

A pesar de estas dificultades, en las últimas décadas han surgido diversas propuestas que intentan organizar la psicopatología bajo este prisma transdiagnóstico. A continuación, se describen los modelos con mayor impacto en la literatura científica actual.

2.1. Modelo Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP)

En primer lugar, el modelo Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP) se presenta como un sistema basado en la observación de los síntomas que tienden a aparecer de forma conjunta en la población. A diferencia de los manuales diagnósticos clásicos, donde el consenso entre expertos se utiliza para delimitar categorías, este marco se construye a partir de datos empíricos. De este modo, la psicopatología se organiza mediante una estructura dimensional que evita la pérdida de información provocada por los puntos de corte categoriales, permitiendo medir los síntomas por su intensidad y gravedad (Kotov et al., 2017).

En segundo lugar, dentro de esta arquitectura se observa una organización jerárquica que permite analizar los problemas de salud mental en distintos niveles de especificidad (como se detalla en la Figura A1 del Anexo). En la base de la pirámide se sitúan los signos y síntomas individuales que, al agruparse, van conformando niveles superiores denominados síndromes, subfactores, espectros y, finalmente, subespectros. Un ejemplo de esto es la identificación de grandes dimensiones como el espectro de interiorización (Internalizing), relacionado con las disfunciones emocionales, o el espectro de trastorno del pensamiento (Thought Disorder), vinculado a la psicosis. Estas dimensiones resultan fundamentales ya que permiten integrar diversos diagnósticos que comparten factores de riesgo y un núcleo psicopatológico común, facilitando una visión mucho más fiel a la realidad clínica (García Penedo, 2022).

Por otro lado, esta forma de organizar la psicopatología resulta muy útil para explicar la alta comorbilidad que se observa actualmente en la práctica clínica. Al centrarse en los rasgos que comparten distintos diagnósticos, el modelo permite tener una visión más ajustada del funcionamiento del paciente y no quedarse solo en la etiqueta diagnóstica.

De este modo, el profesional puede no solo identificar cuál es el problema principal, sino también valorar su gravedad. Gracias a este enfoque, es posible ajustar la intervención de forma más personalizada, eligiendo el tratamiento más adecuado en función del nivel de gravedad que presenta la persona en cada dimensión clínica (Beltz et al., 2016).

En definitiva, el HiTOP no consiste únicamente en añadir nuevos diagnósticos, sino en replantear su clasificación para que sea más útil en la investigación y en la práctica diaria (Kotov et al., 2017).

2.2. Modelo Research Domain Criteria (RDoC)

El modelo Research Domain Criteria (RDoC) fue introducido por Thomas Insel y el NIMH, como una iniciativa estratégica para desarrollar un sistema de clasificación basado en la biología (Insel et al., 2010). Este marco surge debido a que las categorías de los manuales tradicionales, como el DSM o la CIE, no siempre se corresponden de forma consistente con los hallazgos actuales de la genética y la fisiopatología. A diferencia de los modelos basados en el consenso clínico, el RDoC propone entender los trastornos mentales como alteraciones en sistemas biológicos y circuitos cerebrales específicos, buscando identificar mecanismos básicos o "biosignaturas" que expliquen el origen del malestar psicológico (Insel et al., 2010).

A nivel operativo, para organizar este análisis, el modelo se estructura mediante una matriz bidimensional que permite observar la salud mental en distintos niveles de detalle, tal como se ilustra en la Figura A2 del Anexo **(**Morris & Cuthbert, 2012). En las filas de esta matriz se sitúan cinco dominios funcionales básicos: sistemas de valencia negativa, sistemas de valencia positiva, procesos cognitivos, sistemas de procesos sociales y sistemas de activación/regulación (Insel et al., 2010). Por su parte, las columnas recogen las unidades de análisis que permiten estudiar cada proceso desde el nivel de los genes y las moléculas hasta la conducta y los autoinformes del paciente (Morris & Cuthbert, 2012).

En cuanto a su utilidad clínica, la principal aportación de este modelo es la identificación de mecanismos compartidos entre las diversas manifestaciones clínicas. Al centrar la investigación en el funcionamiento de circuitos específicos, como el sistema de respuesta al miedo o el de recompensa, se posibilita el estudio del malestar más allá de los límites

de un solo trastorno (Insel et al., 2010). Este planteamiento permite incluir en las investigaciones tanto a grupos clínicos como a población sana, analizando el funcionamiento mental independientemente de las etiquetas diagnósticas (Morris & Cuthbert, 2012).

Bajo esta premisa, el RDoC constituye un marco experimental que busca los fundamentos biológicos de la conducta, lo que facilita el desarrollo de tratamientos mucho más precisos (Insel et al., 2010). Mientras que otros modelos se quedan en la superficie de los síntomas, este intenta identificar el proceso básico que se encuentra afectado para explicar por qué aparece el sufrimiento mental (Cuthbert & Insel, 2013).

2.3. Modelo de Redes

El modelo de redes en psicopatología surge como una alternativa al enfoque clásico, el cual entiende los trastornos mentales como entidades subyacentes que causan los síntomas (Borsboom & Cramer, 2013). En lugar de partir de la base de que existe una enfermedad oculta que explica por qué ciertos síntomas aparecen juntos, el modelo de redes plantea que los propios síntomas y otros factores relevantes influyen entre sí. De manera que lo que llamamos trastorno, sería en realidad un sistema de elementos interconectados que se activan y se mantienen mutuamente (Fonseca-Pedrero, 2017; Blanco et al., 2019). Este modelo intenta responder a los problemas ya señalados en la psicopatología clásica, como la alta tasa de comorbilidad, el solapamiento de síntomas entre diagnósticos, heterogeneidad en un mismo trastorno, entre otros.

Desde este enfoque, los problemas psicológicos se observan como sistemas complejos y dinámicos. El análisis de redes representa estos sistemas mediante gráficos en los que los síntomas se configuran como nodos, y las relaciones entre ellos como enlaces, los cuales muestran la asociación o la posible influencia entre esos nodos (Fonseca-Pedrero, 2017).

A partir del análisis de datos es posible estimar la estructura de la red y calcular distintos índices de centralidad. Estos estadísticos permiten identificar qué síntomas están más conectados, cuáles actúan como puente entre diferentes grupos de síntomas y qué nodos ocupan posiciones más relevantes dentro del sistema. En lugar de buscar una única causa que explique todo el cuadro, el modelo pone foco en la organización de las relaciones

entre síntomas y cómo dicha configuración puede variar según el contexto y el paso del tiempo (Blanco et al., 2019).

Además, el modelo de redes tiene implicaciones para la investigación y la práctica clínica. Este modelo permite estudiar cómo se modifica la estructura de las relaciones entre síntomas a lo largo del tiempo. Por ejemplo, permite ver durante un tratamiento si las diferentes intervenciones han producido cambios en la estructura y organización de la red (Fonseca-Pedrero, 2017). En la práctica clínica, varios autores han sugerido que identificar los síntomas con mayor centralidad o los síntomas puente, podría ayudar a priorizar los objetivos de la intervención, ya que trabajar sobre estos nodos tendría un impacto mayor sobre el resto de la red (Blanco et al., 2019).

En definitiva, el modelo de redes aporta una mirada distinta sobre la psicopatología, al centrarse especialmente en las conexiones entre síntomas, en lugar de hacerlo únicamente en las categorías diagnósticas.

2.4. Modelo de Barlow

Dentro del enfoque transdiagnóstico, una de las propuestas con mayor impacto es la desarrollada por David Barlow y su equipo en torno a los llamados trastornos emocionales (Barlow, 2000). Este término hace referencia, sobre todo, a los trastornos de ansiedad y a los trastornos del estado de ánimo unipolares, que se agrupan porque comparten una base de vulnerabilidad y una forma de presentación similar. La idea principal que se encuentra de base es que estos problemas no son cuadros totalmente separados, sino que se explican mejor si se parte de la triple vulnerabilidad: biológica (relacionada con el temperamento y la genética), psicológica general (experiencias tempranas de incontrolabilidad) y psicológica específica (aprendizajes concretos que se asocian a situaciones de peligro). Esta forma de entender los trastornos emocionales ayuda a explicar la comorbilidad tan frecuente que hay entre ellos y sirve de base para plantear una intervención unificada en lugar de tratamientos aislados para cada diagnóstico (Osma et al., 2015).

En este modelo, el temperamento constituye un pilar fundamental. Barlow identifica dos grandes dimensiones que actúan como base biológica. Por un lado, la ansiedad o afecto negativo, ligada al neuroticismo y a la inhibición conductual. Y, por otro lado, el afecto

positivo y la extraversión, asociados a la activación conductual. Al tratarse de características relativamente estables, conforman lo que se denomina la vulnerabilidad genética.

En la práctica, una persona con un nivel alto de afecto negativo tendrá una mayor predisposición a experimentar malestar, preocupación, sensación de incontrolabilidad y miedo anticipatorio. En cambio, unos niveles bajos de afecto positivo suelen asociarse a menor interés por el entorno, anhedonia y a un patrón más inhibido. Desde esta perspectiva, los trastornos de ansiedad y los trastornos del estado de ánimo se entienden como distintas manifestaciones de una misma categoría de trastornos emocionales (Belloch, 2012).

Para trasladar estas ideas a la práctica clínica, Barlow y su equipo desarrollan el Protocolo Unificado para el tratamiento transdiagnóstico de los trastornos emocionales. A diferencia del tratamiento diseñado para un solo trastorno, el Protocolo Unificado se centra en los procesos comunes, poniendo el foco especialmente en las dificultades de la regulación emocional. La hipótesis no es que las emociones intensas se consideren un problema en sí, sino la forma en la que la persona las interpreta y responde a ellas. Por eso, uno de los objetivos centrales es ayudar a los pacientes a identificar las estrategias que utilizan para manejar lo que sienten (por ejemplo, la evitación, la supresión o las conductas de seguridad) y a desarrollar una manera más flexible y tolerante de relacionarse con sus emociones, sin intentar eliminarlas o controlarlas por completo (Osma et al., 2015).

El Protocolo Unificado está organizado en una serie de módulos que se trabajan de forma estructurada y en orden. En primer lugar, se realizan sesiones de psicoeducación y se trabaja sobre la motivación, para que el paciente entienda el modelo y se implique en el tratamiento. Después, se introducen habilidades de conciencia emocional, con el objetivo de que el paciente aprenda a observar lo que siente sin reaccionar de manera automática debido a aprendizajes del pasado. A continuación, se trabaja la reevaluación cognitiva, para flexibilizar el pensamiento y tratar de abordar de una mejor manera las ideas catastrofistas que generan mayor malestar. Más adelante, se interviene sobre las conductas impulsadas por la emoción y se utilizan ejercicios de exposición para tratar de reducir la evitación y demostrarles que las emociones son manejables. El protocolo suele finalizar con estrategias de prevención de recaídas para mantener y consolidar los logros a largo plazo (Mirapeix, 2017).

Por último, cabe destacar la eficiencia que aporta este modelo. El Protocolo Unificado permite trabajar con personas que tienen diagnósticos diferentes dentro del grupo de trastornos emocionales. Es muy útil porque permite utilizar una misma estructura de intervención, lo que facilita su aplicación en contextos de alta demanda. Además, simplifica la formación de los profesionales, ya que no necesitan aprender de un manual distinto para cada trastorno, sino que pueden centrarse en un conjunto de herramientas y estrategias aplicables a todo el espectro de los trastornos emocionales (Osma et al., 2015).

2.5. Comparativa y limitaciones de los modelos transdiagnósticos

Tras analizar y comprender los principales modelos transidagnósticos, se llega a una conclusión clara. La psicopatología está evolucionando y se está convirtiendo en algo más dimensional, alejándose de las categorías tradicionales. Aunque la teoría parte de un marco distinto, todas comparten el objetivo de explicar el malestar psicológico de una forma más cercana a la realidad clínica.

Para facilitar la comprensión de las diferencias fundamentales entre las propuestas analizadas, se presenta la Tabla 1 a continuación.

Tabla 1

Comparativa de los principales modelos transdiagnósticos

MODELO	NIVEL DE ANÁLISIS	CONCEPTO CLAVE	VENTAJA PARA CLÍNICA	LIMITACIÓN PRINCIPAL
HiTOP	Dimensional y jerárquico	Organización de los trastornos en dimensiones	Permite entender la comorbilidad y situar al paciente en un continuo de gravedad	Enfoque descriptivo, sin guías directas de intervención

RDoC	Biológico y neurofuncional	Sistemas cerebrales y procesos básicos	Ayuda a identificar procesos biológicos comunes a distintos trastornos	Aplicación clínica muy limitada
REDES	Relacional entre síntomas	Interacción directa entre síntomas	Permite identificar síntomas centrales o puente para priorizar la intervención	Requiere análisis estadísticos complejos
BARLOW	Clínico, centrado en procesos emocionales	Trastornos emocionales y regulación emocional	Facilita un tratamiento común para distintos trastornos emocionales	Aplicable sobre todo a trastornos emocionales

Nota. Elaboración propia a partir de Kotov et al. (2017), Insel et al. (2010), Borsboom y Cramer (2013) y Barlow (2000).

A pesar de los avances que representan estos modelos, todavía existe una brecha significativa entre la investigación y la práctica clínica. Si bien modelos como el RDoC son potentes para la investigación experimental, su utilidad clínica sigue siendo limitada. Del mismo modo, aunque el modelo de Barlow ha demostrado ser eficiente, la psicología actual exige ir un paso más allá. Se necesita un enfoque capaz de explicar los procesos de cambio universales que producen el cambio terapéutico, integrando los factores internos del paciente con su contexto.

Esta necesidad de entender cómo y por qué cambian las personas es la base sobre la que se construye la PBT, que se desarrollará en el siguiente apartado.

3. La Process-Based Therapy (PBT)

3.1. Fundamentos de la PBT: De protocolos a procesos.

En primer lugar, la PBT (Hayes et al., 2020) organiza la intervención clínica a partir de los procesos psicológicos que están generando malestar en la persona. Así, el foco deja de situarse en el diagnóstico y pasa a centrarse en la forma en la que el individuo funciona y afronta sus dificultades (Hayes & Hofmann, 2018). Esto permite que el profesional no dependa exclusivamente de protocolos cerrados, sino que pueda trabajar sobre los patrones de funcionamiento específicos de cada paciente. Desde esta perspectiva, la PBT adopta un enfoque claramente idiográfico, al partir de la idea de que cada persona presenta una combinación particular de procesos y circunstancias personales (Hayes & Hofmann, 2018).

En segundo lugar, este enfoque se caracteriza por la identificación de procesos de cambio que cuentan con un respaldo teórico sólido y que, además, pueden ser evaluados en la práctica clínica. Cuando se habla de procesos de cambio, se hace referencia a los mecanismos que permiten explicar de qué manera una intervención consigue producir determinados efectos terapéuticos (Hayes & Hofmann, 2018). Este planteamiento permite centrar la atención no solo en si una intervención funciona, sino en cómo y por qué se producen los cambios, lo que supone un avance importante en la comprensión del proceso terapéutico (Hayes et al., 2020).

Una de las principales ventajas de la PBT es que permite integrar diferentes orientaciones terapéuticas siguiendo una misma lógica funcional. En lugar de priorizar la pertenencia de una técnica a una escuela concreta, el modelo se centra en la función que dicha técnica cumple sobre los procesos que están manteniendo el problema (Hayes et al., 2020). Esto facilita abordar de forma más ajustada la heterogeneidad y la comorbilidad que se observa con frecuencia en la práctica clínica. Como resultado, el terapeuta puede diseñar intervenciones personalizadas que tengan en cuenta no solo los síntomas, sino también el contexto y los valores de cada persona, entendiendo el tratamiento como un proceso flexible que se ajusta a las necesidades reales del paciente (Hayes & Hofmann, 2018).

3.2. El Meta-Modelo Evolutivo Extendido (EEMM)

Para profundizar en el marco teórico de la PBT, es fundamental analizar el Meta-Modelo Evolutivo Extendido (EEMM; Hayes et al., 2020), que sirve como marco referencial para organizar la intervención clínica.

El modelo propone que el funcionamiento humano se puede comprender a través de seis dimensiones psicológicas que interactúan de forma constante entre sí (Hayes et al., 2020). Estas dimensiones incluyen el área afectiva, que se centra en las emociones, y la cognitiva, referida a los patrones de pensamiento, así como la dimensión atencional, que observa hacia dónde dirige el sujeto su conciencia (Ciarrochi et al., 2024). Asimismo, el modelo incorpora la dimensión del yo para entender la identidad de la persona, junto con las dimensiones conductual y motivacional, encargadas de analizar las acciones observables y los valores que guían el comportamiento hacia metas significativas (Moskow et al., 2023). Por otro lado, estas dimensiones no actúan de forma aislada, sino que se ven influenciadas por niveles biofisiológicos y por el contexto sociocultural en el que vive el paciente (Hayes et al., 2020). Esto nos lleva a pensar que la salud mental depende de un equilibrio dinámico entre estos procesos internos y las circunstancias externas que rodean al individuo (Hofmann & Hayes, 2019).

Dicho enfoque aplica los pilares de la evolución para promover el cambio terapéutico (Hayes et al., 2020). Para ello, la intervención busca facilitar la variación de conductas, seleccionar aquellas que resulten más funcionales según los valores de la persona y asegurar su retención a lo largo del tiempo (Ciarrochi et al., 2024). Este enfoque permite que el profesional ajuste el tratamiento de forma totalmente personalizada, centrándose en los procesos que realmente generan el malestar en lugar de aplicar protocolos estandarizados (Moskow et al., 2023).

En definitiva, el uso de este enfoque permite que la intervención gane en precisión, orientando el trabajo terapéutico hacia la realidad idiográfica de cada paciente (Hayes et al., 2020).

3.3. Ciencia Idionómica: el análisis de caso único (N=1)

Durante mucho tiempo, la investigación en psicología se ha centrado en un enfoque nomotético que busca establecer leyes generales mediante el estudio de promedios de grupos. El problema de este sistema es que los procesos psicológicos varían tanto de una persona a otra que resulta casi imposible comprender el malestar de un sujeto basándose únicamente en la media de la población (Molenaar, 2004). Esto nos lleva a pensar que, para que una intervención clínica sea realmente efectiva, es necesario dejar a un lado las estadísticas poblacionales para centrarse en el análisis idionómico del caso particular (Hofmann & Hayes, 2019).

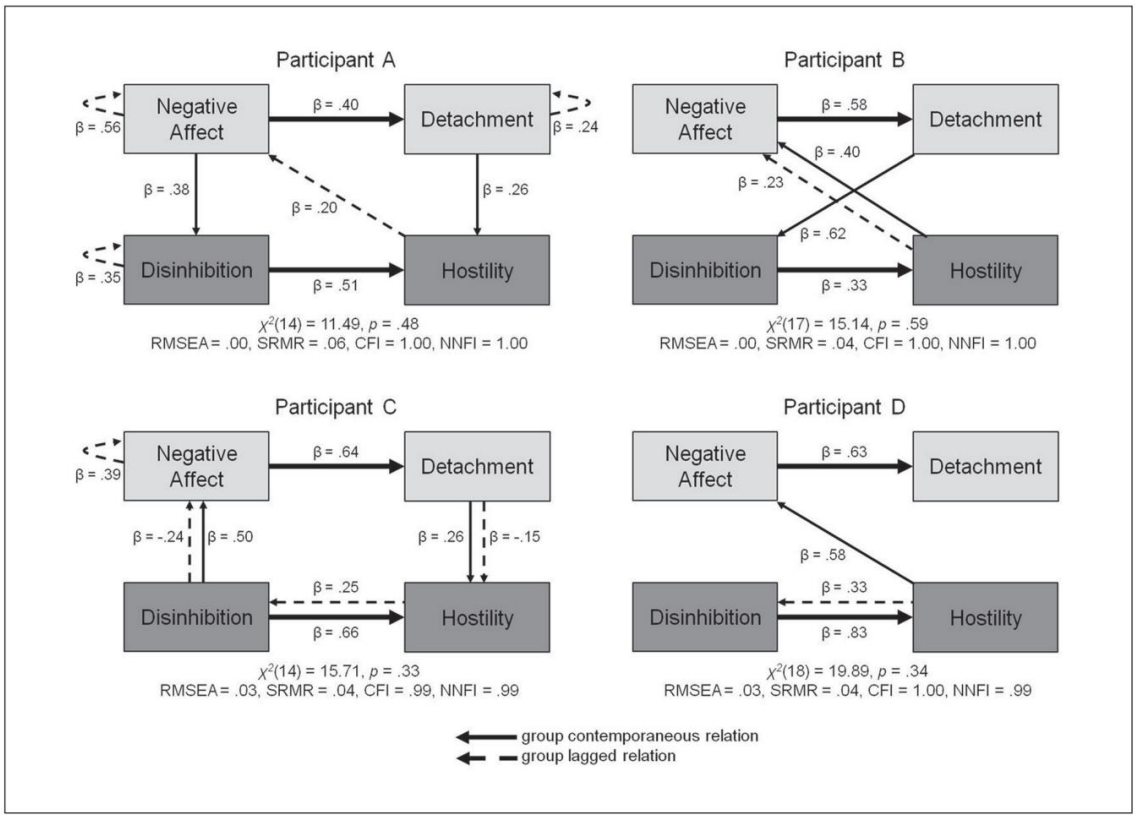
Partiendo de esta base, lo que este enfoque propone es la utilización del análisis de caso único, también llamado diseño N=1, donde el objetivo principal es que el propio paciente funcione como su propio grupo de control. En lugar de comparar a la persona con otros sujetos externos que no tienen relación con su realidad, este método estudia cómo evolucionan sus síntomas y procesos a lo largo del tiempo. Gracias a este planteamiento, es posible identificar patrones dinámicos que son totalmente exclusivos de cada individuo, como observar de qué manera un pensamiento concreto puede disparar una emoción negativa en un momento exacto de su día (Hayes et al., 2020). Con todo esto se consigue que el profesional no trabaje sobre suposiciones estadísticas, sino sobre la estructura real de los procesos que mantienen el problema en ese paciente específico (Wright & Woods, 2020).

Llevar este modelo a la práctica diaria requiere el uso de herramientas avanzadas que permitan recoger datos de forma continua y en el contexto real de la persona (Beltz et al., 2016). Una de las más importantes es la Evaluación Ecológica Momentánea (EMA), que facilita registrar lo que el paciente siente en el mismo instante en que ocurre para evitar los sesgos de memoria (Hofmann & Hayes, 2019). Asimismo, el uso de dispositivos wearables permite integrar información fisiológica de forma objetiva para ofrecer una visión más completa de cómo el cuerpo reacciona ante el malestar (Insel et al., 2010).

Para procesar toda esta información de manera precisa, destaca el método GIMME. Se trata de una herramienta que permite unir lo común y lo individual mediante la creación de mapas de conectividad individualizados, los cuales muestran cómo los síntomas o procesos de una persona influyen entre sí de manera dinámica. Esta metodología analiza las relaciones tanto de forma inmediata como a través del tiempo para identificar el mecanismo específico que mantiene el malestar.

Figura 1

Ejemplos de mapas de conectividad individualizados mediante el método GIMME



Nota. La figura ilustra la heterogeneidad de los patrones de influencia entre síntomas para cuatro participantes diferentes. Las líneas sólidas representan relaciones contemporáneas y las discontinuas relaciones retardadas (*lagged*). El grosor de las flechas distingue la estructura compartida por el grupo de las conexiones exclusivas de cada individuo. Las variables analizadas incluyen afecto negativo, desapego, desinhibición y hostilidad. Adaptado de "Bridging the Nomothetic and Idiographic Approaches to the Analysis of Clinical Data", por A. M. Beltz, A. G. C. Wright, B. N. Sprague y P. C. M. Molenaar, 2016, *Assessment*, *23*(4), p. 7.

Al analizar estas relaciones, GIMME proporciona al psicólogo una guía precisa para comprender el funcionamiento único de cada caso, lo que permite identificar en qué procesos específicos hay que intervenir para abordar directamente el origen del malestar y ajustar la terapia a las necesidades reales del paciente (Beltz et al., 2016). De esta manera, el modelo de redes deja de ser algo puramente teórico y se convierte en la solución práctica para identificar qué puntos del sistema son los más relevantes para ese paciente (Hayes et al., 2020). Por tanto, este paso hacia lo idionómico es lo que permite que la PBT sea realmente efectiva, ya que ofrece la información necesaria para atacar directamente los procesos que generan el problema, logrando que el centro de la intervención vuelva a ser la persona y su contexto (Hayes et al., 2020; Molenaar, 2004).

4. Procesos psicológicos y factores externos en el cambio terapéutico

Este apartado permite conectar el marco teórico desarrollado anteriormente con su aplicación directa en la realidad de la práctica clínica (Hayes & Hofmann, 2018). La idea principal es que el éxito de una intervención no depende únicamente de la aplicación de técnicas concretas sino de la interacción que se genera entre los procesos internos del paciente y su contexto social (Hayes et al., 2020). De esta manera el análisis se orienta hacia una visión dinámica donde factores como la alianza terapéutica y el entorno dejan de verse como variables aisladas y pasan a ser indicadores clave del curso del tratamiento (Wampold, 2015).

A partir de este planteamiento se busca superar los protocolos rígidos para centrarse en lo que realmente importa en la consulta que es la capacidad de ajustar el tratamiento a las necesidades reales de cada persona (Haynes et al., 2009). El objetivo final es proponer una serie de recomendaciones que ayuden a los profesionales a predecir la evolución del caso y sobre todo a detectar a tiempo aquellas señales que pueden indicar un posible abandono (Wampold, 2015). En definitiva, se trata de entender el cambio terapéutico como un proceso que solo resulta eficaz cuando logramos alinear el funcionamiento del individuo con las demandas de su entorno (Beltz et al., 2016).

4.1. El impacto del contexto social en la dinámica de los procesos de cambio internos

La PBT plantea que el funcionamiento humano no puede entenderse de forma aislada porque los procesos internos del paciente están siempre en contacto directo con su entorno social (Hayes & Hofmann, 2018). En este sentido el EEMM establece que el nivel sociocultural es una dimensión fundamental que influye de manera constante en cómo la persona siente y actúa. Esta perspectiva implica que el éxito de una intervención depende de que las nuevas conductas trabajadas en sesión logren adaptarse y mantenerse en la realidad diaria del sujeto (Hayes et al., 2020). El cambio clínico se produce realmente cuando logramos generar una variación en el comportamiento que sea seleccionada y

posteriormente reforzada por el ecosistema del individuo (Ciarrochi et al., 2024). Por lo tanto, el abandono terapéutico suele estar motivado por una falta de sintonía entre las demandas de la intervención y las posibilidades reales de apoyo que ofrece el entorno (Wampold, 2015).

Desde un enfoque idionómico, esta interacción se entiende como un equilibrio dinámico donde el contexto puede actuar como motor de mejora o como un factor de rigidez (Hofmann & Hayes, 2019). El análisis de redes permite observar que los síntomas no aparecen de forma independiente, sino que forman un sistema complejo que se mantiene según las demandas ambientales específicas (Fonseca-Pedrero, 2017). Si un paciente vive en un ambiente de alta crítica o invalidación social, los procesos de cambio conseguidos en la consulta difícilmente logran la retención necesaria para consolidarse (Hayes et al., 2020). Esta interacción explica por qué muchos tratamientos fracasan al no considerar que el entorno puede estar alimentando directamente los nodos centrales del malestar (Blanco et al., 2019). De esta manera la predicción del éxito clínico requiere evaluar si el ecosistema del sujeto posee la sensibilidad suficiente para permitir y validar la evolución del sistema psicológico (Hayes et al., 2020).

Para asegurar esta sintonía con el entorno, resulta clave identificar qué disparadores externos están bloqueando la mejoría mediante un análisis detallado del comportamiento en su contexto real (Hofmann & Hayes, 2019). Este enfoque en las trayectorias individuales permite capturar la variabilidad propia de cada sujeto, superando las limitaciones metodológicas de los promedios estadísticos aplicados a poblaciones generales (Molenaar, 2004). De este modo, la intervención se aleja de la aplicación de protocolos rígidos para orientarse hacia una dirección funcional donde el sistema del individuo y su contexto trabajen de forma conjunta (Hayes et al., 2020).

4.2. Alianza terapéutica como predictor del éxito

La alianza terapéutica es el factor que mejor predice si un tratamiento funcionará o si el paciente se marchará antes de tiempo (Wampold, 2015). Este vínculo va mucho más allá de la técnica empleada y permite que la persona se involucre al sentir que el psicólogo entiende su sufrimiento y la forma en la que lo experimenta (Sandín et al., 2012). Desde la PBT, la relación ofrece la seguridad necesaria para que el individuo pruebe cambios

que rompan con su malestar (Hayes & Hofmann, 2018). Sin confianza el paciente no abandonará sus estrategias de evitación ni desarrollará la flexibilidad que necesita para mejorar (Hayes et al., 2020). Es por tanto fundamental alinear cada sesión con los valores y las metas de la persona para mantener su motivación activa (Ciarrochi et al., 2024).

Un rasgo diferencial en la práctica idionómica es la transparencia al compartir la información de los registros diarios mediante la visualización de la red de síntomas del paciente (Hofmann & Hayes, 2019). Al revisar juntos estos mapas de conectividad el terapeuta y el paciente refuerzan su acuerdo sobre qué puntos son prioritarios para intervenir (Beltz et al., 2016). Este seguimiento permite identificar el primer indicador de abandono que se manifiesta como una bajada en la sintonía relacional y en el compromiso con las tareas de la sesión (Wampold, 2015). El segundo indicador es de carácter técnico y aparece cuando la propia red de síntomas gana fuerza frente al cambio volviéndose excesivamente rígida y resistente a la intervención (Blanco et al., 2019). Detectar a tiempo cómo la fragilidad del vínculo coincide con esta dureza del sistema psicológico permite ajustar el ritmo de la terapia de forma personalizada (Molenaar, 2004). La alianza terapéutica termina siendo el eje que une los procesos internos con el contexto social para lograr una mejoría real y evitar las interrupciones (Hayes et al., 2020).

4.3. Análisis del abandono desde la Ciencia Idionómica

Desde la perspectiva idionómica el abandono terapéutico no se interpreta como una decisión repentina sino como el resultado de un sistema psicológico que se encuentra bloqueado y no logra avanzar hacia la mejoría (Hofmann & Hayes, 2019). Para predecir este fenómeno resulta fundamental analizar la estructura de la red de síntomas mediante el concepto de densidad de la red (Blanco et al., 2019). Una red con alta densidad es aquella donde los problemas están tan conectados entre sí que la activación de un solo malestar dispara inmediatamente a todos los demás (Fonseca-Pedrero, 2017). Estos modelos personalizados permiten observar cómo la interconectividad de los síntomas varía drásticamente entre individuos lo que explica por qué algunos pacientes son mucho más resistentes al cambio que otros (Wright & Woods, 2020). Este estado de rigidez muestra que el paciente está atrapado en un bucle donde el malestar se retroalimenta, lo

que impide que el trabajo que hacemos en las sesiones tenga el impacto esperado (Hayes et al., 2020).

Un indicador técnico de gran valor para anticipar el fracaso es el denominado enlentecimiento crítico (*critical slowing down*); (Wichers et al., 2016). Este fenómeno actúa como una señal de alerta temprana que se observa cuando el sistema del paciente empieza a tardar mucho más tiempo de lo habitual en recuperar el equilibrio tras enfrentarse a un pequeño estresor (Hofmann & Hayes, 2019). La pérdida de resiliencia detectada en los registros diarios sugiere que el sistema está al límite de su capacidad de resistencia y que el sujeto podría abandonar el proceso por agotamiento ante la falta de avances visibles (Hayes et al., 2020). Identificar esta falta de recuperación permite al psicólogo entender que la estrategia actual está siendo más exigente de lo que el individuo puede aguantar y gestionar en ese momento (Wright & Woods, 2020). Ante esta señal de alarma la intervención debe dejar de centrarse en la exigencia de cambios conductuales para priorizar procesos que estabilicen el sistema y reduzcan la carga terapéutica (Hayes et al., 2020). Este ajuste preventivo permite encaminar la terapia hacia el fortalecimiento de la resiliencia antes de que la saturación desemboque en un abandono de la terapia (Hofmann & Hayes, 2019).

El seguimiento de estas señales de alerta permite que el psicólogo se anticipe al abandono, actuando a tiempo para reforzar la estabilidad de la persona antes de que llegue a su límite (Hofmann & Hayes, 2019). Si se observa que el sistema del individuo permanece bloqueado o que su capacidad de respuesta ante el malestar disminuye, es fundamental ajustar la estrategia priorizando aquellos procesos que ayuden al sujeto a recomponerse (Hayes et al., 2020). La ciencia idionómica ofrece así la posibilidad de leer el lenguaje del sistema psicológico para ajustar la intensidad del tratamiento según la tolerancia real del sujeto en cada fase (Ciarrochi et al., 2024). Gracias a esto el éxito de la terapia no queda solo en manos de la intuición del profesional, sino que se apoya en un análisis que une la evidencia científica con el juicio clínico para tratar las resistencias del paciente de una forma mucho más precisa (Molenaar, 2004).

4.4. Recomendaciones para la práctica clínica

A partir del análisis realizado, es fundamental establecer pautas que permitan al profesional traducir la información idionómica en una estrategia de intervención efectiva, centrada no solo en la persona, sino en los procesos de cambio que mantienen su malestar.

En primer lugar, la recomendación principal es realizar un análisis funcional de los procesos utilizando las dimensiones del EEMM (afectiva, cognitiva, atencional, del self, motivacional y conductual) como guía (Hayes et al., 2020). El terapeuta clínico no debe buscar un diagnóstico, sino identificar qué procesos específicos están bloqueados. Para ello, es clave integrar sistemas de monitorización continua (como la Evaluación Ecológica Momentánea: EMA) que permitan capturar estos procesos en tiempo real (Fisher & Boswell, 2016). Al recoger datos sobre cómo interactúan, por ejemplo, la rumiación (proceso cognitivo) y la evitación (proceso conductual) en el entorno real, se obtiene una validez ecológica que permite intervenir justo donde el proceso se quiebra (Hofmann & Hayes, 2019).

De forma complementaria a este análisis de procesos, resulta igualmente necesario evaluar el contexto social del paciente de manera continua a lo largo de todo el tratamiento, y no solo en la fase de evaluación inicial (Fisher & Boswell, 2016). Las condiciones del entorno pueden cambiar durante la terapia y modificar la estructura de la red de procesos del individuo, por lo que ignorar estas variaciones puede llevar a intervenir sobre procesos que ya no son los más relevantes en ese momento. Esta evaluación contextual continua permite al clínico ajustar los objetivos terapéuticos a la realidad funcional del paciente en cada fase del proceso (Haynes et al., 2009).

En segundo lugar, se propone utilizar las visualizaciones de red como una herramienta para que el paciente comprenda su propia dinámica de procesos (Burger et al., 2020). Mostrar de forma gráfica cómo un nodo (p. ej., la falta de contacto con valores) activa otros nodos (p. ej., la apatía) fortalece la alianza terapéutica al crear un lenguaje común sobre el proceso y no sobre la enfermedad (Hayes et al., 2020). Esta transparencia facilita una toma de decisiones compartida donde se pactan objetivos orientados a modificar la arquitectura de la red, centrando los esfuerzos en aquellos procesos con mayor capacidad de influencia sobre el resto del sistema (Ciarrochi et al., 2024).

Por otro lado, el terapeuta debe aplicar los principios evolutivos de variación, selección y retención en la estrategia de intervención. La recomendación es fomentar la variación de conductas cuando el sistema se muestra rígido, seleccionar aquellas que resulten

funcionales para los valores del sujeto y asegurar su retención en el contexto natural (Hayes et al., 2020). Para ello, el profesional debe mantener la flexibilidad necesaria para reorientar la terapia según evolucione la red del paciente (Sanford et al., 2022). Si los datos sugieren que un proceso no está respondiendo, el terapeuta debe tener la agilidad de ajustar el ritmo, priorizando la estabilización cuando el sistema del paciente está sobrecargado (Wright & Woods, 2020).

En este sentido, conviene subrayar que la aplicación efectiva de estas recomendaciones exige que el propio terapeuta opere también desde la flexibilidad psicológica. La investigación sobre los efectos del terapeuta muestra que las características de este, como su capacidad de adaptación, su orientación hacia los valores del paciente y su habilidad para regular sus propias reacciones emocionales en sesión, influyen de forma significativa en resultados terapéuticos, más allá de la técnica concreta empleada (Lutz et al., 2007). Desde la PBT, esto implica que un terapeuta que trabaja de forma rígida difícilmente podrá modelar en consulta la misma flexibilidad que pretende promover en el paciente (Ciarrochi et al., 2024).

Finalmente, se recomienda interpretar la variabilidad emocional y los momentos de crisis como una oportunidad para la reorganización del sistema (Wichers et al., 2016). En la PBT, una alta inestabilidad en los registros suele preceder a un salto cualitativo en la mejoría. El terapeuta debe ver estos periodos no como retrocesos, sino como oportunidades de intervención para introducir nuevas variaciones y cambios profundos en los procesos del individuo (Sanford et al., 2022).

En definitiva, estas pautas permiten que la práctica clínica evolucione hacia un modelo donde el proceso de cambio es el protagonista. Al adoptar este enfoque, la terapia se convierte en un proceso dinámico y humano que no solo previene el abandono, sino que garantiza resultados sólidos y respetuosos con la trayectoria única de cada paciente.

5. Discusión y consideraciones finales

El recorrido de este trabajo permite entender que la crisis del modelo diagnóstico tradicional va más allá de un fenómeno puramente técnico. No se trata simplemente de la necesidad de incorporar nuevas categorías o de perfeccionar los sistemas de clasificación existentes, sino de un cuestionamiento profundo hacia la propia unidad de análisis de la psicología clínica. La transición desde la etiqueta diagnóstica hacia el proceso psicológico no constituye únicamente un avance de carácter metodológico, sino un cambio de paradigma que redefine el significado de comprender al paciente en su integridad. Este cambio conceptual actúa como el eje central de todo el trabajo, permitiendo una lectura del mismo como un argumento construido de forma progresiva y coherente, superando la mera revisión descriptiva de modelos.

Los modelos transdiagnósticos analizados en esta revisión comparten ese impulso crítico hacia las nosologías tradicionales, aunque cada uno lo aborda desde un ángulo distinto. El HiTOP aporta la estructura dimensional que permite situar el malestar en un continuo de gravedad. El RDoC desplaza el foco hacia los mecanismos biológicos y neurofuncionales que subyacen a los trastornos. Por su parte, el modelo de redes pone de relieve que los síntomas no son entidades aisladas, sino que forman un sistema dinámico e interdependiente. Y el modelo de Barlow ofrece la traducción clínica más directa a través del Protocolo Unificado para trastornos emocionales. No obstante, se observa que estas propuestas presentan limitaciones para integrar de manera sistemática la interacción entre los procesos psicológicos internos y los factores externos. Les falta un marco que permita entender cómo ambos aspectos se influyen mutuamente de forma organizada para cada paciente individual. Es precisamente en este vacío donde la PBT se posiciona como el marco integrador, porque desplaza el foco desde el qué del diagnóstico hacia el cómo y el porqué del cambio. De este modo, se observa que el desarrollo de la psicopatología no se basa en el descarte de los modelos previos, sino en la integración de sus fortalezas. Cada enfoque analizado aporta una perspectiva necesaria que permite comprender aspectos del paciente que los modelos anteriores no lograban cubrir por completo.

La contribución más relevante de la PBT no está tanto en la originalidad de sus técnicas como en la lógica funcional que organiza su intervención. Al estructurarse en torno a procesos de cambio con base empírica y al utilizar el EEMM como guía de evaluación

multidimensional, este enfoque consigue algo que los modelos anteriores no lograban: hacer operativa la idea de que el contexto no es un simple moderador externo de la terapia, sino una dimensión que forma parte del propio proceso de cambio. Esta perspectiva facilita una interpretación más precisa de la evidencia presentada sobre factores relacionales. La alianza terapéutica, por ejemplo, deja de considerarse una variable independiente añadida a las técnicas para entenderse como un proceso en sí mismo que puede ser evaluado y modificado. Entenderla como un nodo dentro de la red funcional del paciente, capaz de activar o bloquear otros procesos, sugiere que su deterioro no es solo un problema relacional, sino una señal de que el sistema psicológico del individuo está resistiendo la dirección del cambio propuesto. Este apartado resalta la interpretación de Wampold (2015), quien identifica la alianza como el principal predictor del éxito, pero sin profundizar en su compleja naturaleza procesual.

El análisis del abandono terapéutico desde la ciencia idionómica ilustra, quizás con mayor claridad que cualquier otro apartado, las implicaciones reales de este enfoque. Reencuadrar el abandono como una señal emergente del sistema psicológico, a través de indicadores como el enlentecimiento crítico o la densidad de la red, supone transformar el marco atribucional habitual en clínica. Cuando se deja de interpretar el abandono como un fallo en la motivación del paciente y se empieza a leerlo como información sobre la tolerancia real de su sistema, las consecuencias son importantes tanto para la práctica como para la ética profesional. Esta parte del análisis es importante, pero también pone de relieve un obstáculo evidente: entender el abandono de esta manera requiere una formación clínica específica que los planes de estudio actuales, orientados mayoritariamente a la aplicación de protocolos estandarizados, difícilmente contemplan en la actualidad.

Esta brecha entre lo que el modelo propone en la teoría y lo difícil que resulta aplicarlo en la práctica real constituye el límite principal que se debe reconocer en este análisis. El acceso a herramientas de evaluación ecológica momentánea, a métodos como GIMME o a dispositivos de registro fisiológico no es universal. En sistemas de salud caracterizados por una alta presión asistencial y recursos limitados, la propuesta idiográfica corre el riesgo de convertirse en un ideal clínico accesible únicamente para quienes parten de condiciones favorables. No considerar esta dimensión de equidad equivaldría a proponer un modelo de práctica avanzada sin evaluar su alcance real en la población. A estas limitaciones se suma que el uso de tecnologías para el seguimiento constante del paciente

genera dilemas éticos importantes. Por un lado, se cuestiona si esta supervisión diaria puede alterar el encuadre terapéutico al invadir la privacidad del sujeto. Por otro, surge la preocupación sobre cómo garantizar la seguridad y la confidencialidad de una información tan sensible en el entorno digital.

También conviene señalar otro límite del marco teórico analizado. El modelo de redes describe con precisión las relaciones entre síntomas, pero no establece por sí mismo la dirección causal de esas relaciones. Identificar los nodos más centrales o los nodos puente permite orientar la intervención, pero no garantiza que actuar sobre un nodo concreto vaya a producir los efectos esperados en el resto del sistema. Esta dificultad obliga a ser prudentes antes de convertir los análisis en decisiones clínicas inmediatas. Aunque la ventaja de este enfoque es que permite crear hipótesis adaptadas a cada paciente, el reto es que dichas hipótesis deben contrastarse de forma continua durante el proceso terapéutico, exigiendo flexibilidad y reflexividad del psicólogo, algo que resulta difícil de mantener en el día a día de una consulta con alta presión.

En definitiva, este trabajo invita a cuestionar la idea de lo que realmente significa conocer a fondo a un paciente. Frente a una psicología clínica que a menudo ha limitado el conocimiento del paciente a una etiqueta diagnóstica, la lógica procesual y la ciencia idionómica proponen que comprender al individuo implica entender su funcionamiento a lo largo del tiempo. Es decir, identificar qué procesos se activan juntos, cuáles bloquean el cambio y en qué condiciones resultan modificables. Este es, probablemente, el cambio más importante que este enfoque aporta a la práctica clínica. Sin embargo, su aplicación en la realidad no solo requiere mejores métodos de análisis, sino también revisar la formación de los profesionales, el concepto de evidencia científica y el diseño de unos sistemas de salud mental que realmente se adapten a la complejidad de cada persona. Es en esta transformación donde la psicología clínica tiene una oportunidad real de avanzar hacia intervenciones más ajustadas, más humanas y, en última instancia, más eficaces.

6. Referencias

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596

Andrade González, N. (2003). *Diagnóstico categorial versus dimensional*. *Clínica y Salud, 14*(2), 333–359. https://journals.copmadrid.org/clysa/archivos/86405.pdf

Barlow, D. H. (2000). *Unraveling the mysteries of anxiety and its disorders from the perspective of emotion theory*. *American Psychologist, 55*(11), 1247–1263. https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0003-066X.55.11.1247

Belloch, A. (2012). *Propuestas para un enfoque transdiagnóstico de los trastornos mentales y del comportamiento: Evidencia, utilidad y limitaciones*. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, 17*(3), 295–311. https://doi.org/10.5944/rppc.vol.17.num.3.2012.11845

Beltz, A. M., Wright, A. G. C., Sprague, B. N., & Molenaar, P. C. M. (2016). *Bridging the nomothetic and idiographic approaches to the analysis of clinical data*. *Assessment, 23*(4), 447–458. https://doi.org/10.1177/1073191116648209

Blanco, I., Contreras, A., Valiente, C., Espinosa, R., Nieto, I., & Vázquez, C. (2019). *El análisis de redes en psicopatología: Conceptos y metodología*. *Behavioral Psychology / Psicología Conductual, 27*(1), 87–106. https://www.behavioralpsycho.com/wp-content/uploads/2019/04/06.Blanco_27-1-1.pdf

Borsboom, D. (2017). A network theory of mental disorders. *World Psychiatry*, 16(1), 5-13. https://doi.org/10.1002/wps.20375

Borsboom, D., & Cramer, A. O. J. (2013). *Network analysis: An integrative approach to the structure of psychopathology*. *Annual Review of Clinical Psychology, 9*, 91–121. https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050212-185608

Burger, J., van der Veen, D. C., Robinaugh, D. J., Quax, R., Riese, H., Schoevers, R. A., y Epskamp, S. (2020). Bridging the gap between complexity science and clinical practice by formalizing idiographic theories: a computational model of functional analysis. *BMC Medicine*, *18*(1), 99. https://doi.org/10.1186/s12916-020-01558-1

Caspi, A., Houts, R. M., Belsky, D. W., Goldman-Mellor, S. J., Harrington, H., Israel, S., Meier, M. H., Ramrakha, S., Shalev, I., Poulton, R., & Moffitt, T. E. (2014). *The p factor: One general psychopathology factor in the structure of psychiatric disorders? Clinical Psychological Science, 2*(2), 119–137. https://doi.org/10.1177/2167702613497473

Ciarrochi, J., Hernández, C., Hill, D., Ong, C., Gloster, A. T., Levin, M. E., Yap, K., Fraser, M. I., Sahdra, B. K., Hofmann, S. G., & Hayes, S. C. (2024). Process-based therapy: A common ground for understanding and utilizing therapeutic practices. *Journal of Psychotherapy Integration*, 34(3), 265–290. https://doi.org/10.1037/int0000348

Corberán, M., Cobo, L., García-Soriano, G., Segura, M., & Roncero, M. (2024). *Datos preliminares de eficacia de una aplicación móvil para modificar creencias disfuncionales relacionadas con los trastornos de la conducta alimentaria en adultos*. *Behavioral Psychology / Psicología Conductual, 32*(2), 381–402. https://doi.org/10.51668/bp.8324209n

Cuthbert, B. N., & Insel, T. R. (2013). *Toward the future of psychiatric diagnosis: The seven pillars of RDoC*. *BMC Medicine, 11*, 126. https://doi.org/10.1186/1741-7015-11-126

Dalgleish, 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/10.1037/ccp0000482

Ellard, K. K., Fairholme, C. P., Boisseau, C. L., Farchione, T. J., & Barlow, D. H. (2010). *Unified Protocol for the Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders: Protocol development and initial outcome data*. *Cognitive and Behavioral Practice, 17*(1), 88–101. https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2009.06.002

Fairburn, C. G., Cooper, Z., & Shafran, R. (2003). *The transdiagnostic cognitive behavioral therapy of eating disorders: A treatment manual*. Behaviour Research and Therapy, 41(5), 509–528. https://doi.org/10.1016/S0005-7967(02)00088-8

Fisher, A. J., & Boswell, J. F. (2016). Enhancing the Personalization of Psychotherapy With Dynamic Assessment and Modeling. *Assessment*, *23*(4), 496–506. https://doi.org/10.1177/1073191116638735

Fisher, A. J., Medaglia, J. D., y Jeronimus, J. S. (2018). Lack of group-to-individual generalizability is a threat to human subjects research. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, *115*(27), E6106–E6115. https://doi.org/10.1073/pnas.1711978115

Fonseca-Pedrero, E. (2017). *Análisis de redes: ¿una nueva forma de comprender la psicopatología? Revista de Psiquiatría y Salud Mental, 10*(4), 206–215. https://www.elsevier.es/es-revista-revista-psiquiatria-salud-mental-286-articulo-analisis-redes-una-nueva-forma-S1888989117300903

García-Escalera, J., Chorot, P., Valiente, R. M., Reales, J. M., & Sandín, B. (2016). *Efficacy of transdiagnostic cognitive-behavioral therapy for anxiety and depression in adults, children and adolescents: A meta-analysis*. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, 21*(3), 147–175. https://doi.org/10.5944/rppc.vol.21.num.3.2016.17811

García Penedo, H. (2022). *Transdiagnóstico y dimensionalidad en el estudio psicopatológico*. *Revista del Hospital Psiquiátrico de La Habana, 19*(1), 1–8. https://www.medigraphic.com/pdfs/revhospsihab/hph-2022/hph221a.pdf

Gates, K. M., & Molenaar, P. C. M. (2012). Group search algorithm recovers effective connectivity maps for individuals in homogeneous and heterogeneous samples. NeuroImage, 63(1), 310–319. https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2012.06.026

Hayes, S. C., & Hofmann, S. G. (2018). *Process-based CBT: The science and core clinical competencies of cognitive behavioral therapy*. New Harbinger Publications.

Hayes, S. C., Hofmann, S. G., & Ciarrochi, J. (2020). *A process-based approach to psychological diagnosis and treatment: The conceptual and treatment utility of an extended evolutionary meta model*. *Clinical Psychology Review, 82*, 101908. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2020.101908

Haynes, S. N., Mumma, G. H., & Pinson, C. (2009). *Idiographic assessment: Conceptual and psychometric foundations of individualized behavioral assessment*. *Clinical Psychology Review, 29*(3), 179–191. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2008.12.003

Helzer, J. E., Kraemer, H. C., & Krueger, R. F. (2006). *The feasibility and clinical utility of central dimensional assessments in DSM-IV*. *Archives of General Psychiatry, 63*(2), 167–173. https://doi.org/10.1017/s003329170600821x

Hofmann, S. G., & Hayes, S. C. (2019). The Future of Intervention Science: Process-Based Therapy. *Clinical Psychological Science*, 7(1), 37–50. https://doi.org/10.1177/2167702618772296

Insel, T., Cuthbert, B., Garvey, M., Heinssen, R., Pine, D. S., Quinn, K., Sanislow, C., & Wang, P. (2010). *Research domain criteria (RDoC): Toward a new classification framework for research on mental disorders*. *American Journal of Psychiatry, 167*(7), 748–751. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2010.09091379

Kazdin, A. E. (2013). *Advancing new frontiers with Clinical Psychological Science: Editorial*. *Clinical Psychological Science, 1*(1), 3–4. https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/2167702612450145

Kotov, R., Krueger, R. F., Watson, D., Achenbach, T. M., Althoff, R. R., Bagby, R. M., Brown, T. A., Carpenter, W. T., Caspi, A., Clark, L. A., Eaton, N. R., Forbes, M. K., Forbush, K. T., Goldberg, D., Hasin, D., Hyman, S. E., Ivanova, M. Y., Lynam, D. R., Markon, K., … Zimmerman, M. (2017). *The Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP): A dimensional alternative to traditional nosologies*. *Journal of Abnormal Psychology, 126*(4), 454–477. https://doi.org/10.1037/abn0000258

Lutz, W., Leon, S. C., Martinovich, Z., Lyons, J. S., & Stiles, W. B. (2007). Therapist effects in outpatient psychotherapy: A three-level growth curve approach. *Journal of Counseling Psychology, 54*(1), 32–39. https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0022-0167.54.1.32

Mansell, W., Harvey, A., Watkins, E., & Shafran, R. (2009). *Conceptual foundations of the transdiagnostic approach to CBT*. *Journal of Cognitive Psychotherapy, 23*(1), 6–19. https://doi.org/10.1891/0889-8391.23.1.6

Mirapeix, C. (2017). *La integración más allá del diagnóstico: Aplicaciones de los nuevos modelos transdiagnósticos*. *Revista de Psicoterapia, 28*(108), 15–38. https://doi.org/10.33898/rdp.v28i108.198

Molenaar, P. C. M. (2004). *A manifesto on psychology as idiographic science: Bringing the person back into scientific psychology, this time forever*. *Measurement, 2*(4), 201–218. https://doi.org/10.1207/s15366359mea0204_1

Morris, S. E., & Cuthbert, B. N. (2012). *Research Domain Criteria: Cognitive systems, neural circuits, and dimensions of behavior*. *Dialogues in Clinical Neuroscience, 14*(1), 29–37. https://doi.org/10.31887/DCNS.2012.14.1/smorris

Moskow, D. M., Ong, C. W., Hayes, S. C., & Hofmann, S. G. (2023). Process-based therapy: A personalized approach to treatment. *Journal of Experimental Psychopathology*, 14(1). https://doi.org/10.1177/20438087231152848

National Institute of Mental Health. (2013). *Research Domain Criteria (RDoC)*. https://www.nimh.nih.gov/research/research-funded-by-nimh/rdoc

Nolen-Hoeksema, S., & Watkins, E. R. (2011). *A transdiagnostic perspective on psychopathology*. *Psychological Science, 22*(5), 589–609. https://doi.org/10.1177/1745691611419672

Organización Mundial de la Salud. (2019). *CIE-11: Clasificación Internacional de Enfermedades para estadísticas de mortalidad y morbilidad* (11.ª ed.). https://icd.who.int/es

Osma, J., Castellano, C., Crespo, E., & García-Palacios, A. (2015). *The unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders in group format in a Spanish public mental health setting*. *Behavioral Psychology / Psicología Conductual, 23*(3), 447–466. https://www.behavioralpsycho.com/wp-content/uploads/2018/10/03.Osma_23-3.pdf

Sandín, B., Chorot, P., & Valiente, R. M. (2012). *Transdiagnóstico: Nueva frontera en psicología clínica*. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, 17*(3), 185–203. https://www.aepcp.net/wp-content/uploads/2020/05/02_2012_n3_sandin_chorot_valiente.pdf

Sanford, B. T., Ciarrochi, J., Hofmann, S. G., Chin, F., Gates, K. M., y Hayes, S. C. (2022). Toward empirical process-based case conceptualization: An idionomic network examination of the process-based assessment tool. *Journal of Contextual Behavioral Science*, *25*, 10–25. https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2022.05.006

Wampold, B. E. (2015). *How important are the common factors in psychotherapy? An update*. *World Psychiatry, 14*(3), 270–277. https://doi.org/10.1002/wps.20238

Wichers, M., Groot, P. C., Psychosystems, E. M. S., & Wigman, J. T. (2016). Critical slowing down as a personalized early warning signal for depression. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 85(2), 114-116. https://doi.org/10.1159/000441458

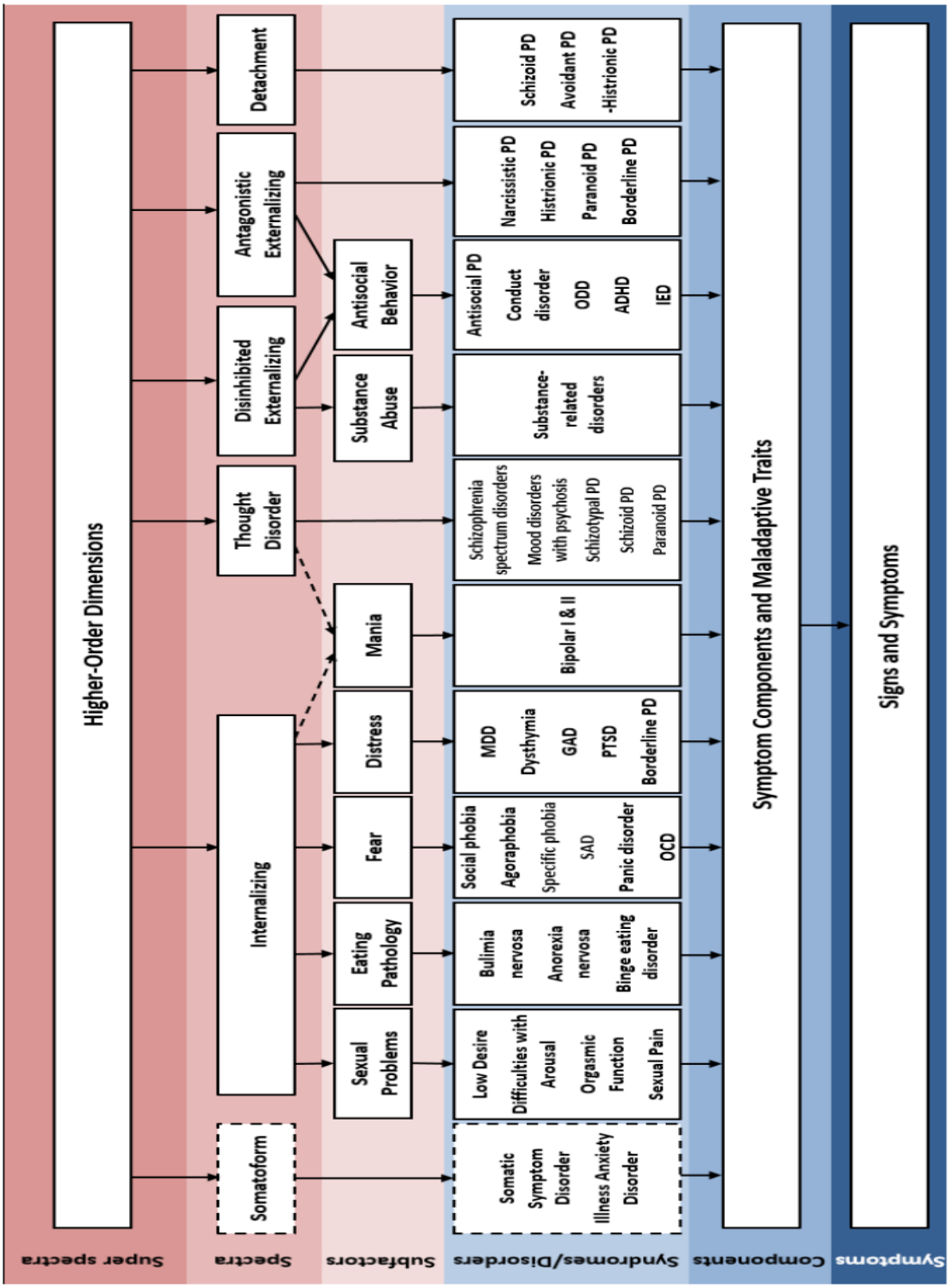
Widiger, T. A., & Samuel, D. B. (2005). *Evidence-based assessment of personality disorders*. *Psychological Assessment, 17*(3), 278–287. https://doi.org/10.1037/1040-3590.17.3.278

Wright, A. G. C., y Woods, S. W. (2020). Personalized models of psychopathology. *Annual Review of Clinical Psychology, 16*, 49–74. https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-102419-125032

7. ANEXO

Figura A1

Estructura jerárquica y dimensional del modelo HiTOP



Nota. Adaptado de "The Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP): A Dimensional Alternative to Traditional Nosologies", por R. Kotov et al., 2017, *Journal of Abnormal Psychology*, *126*(4), 454–477. https://doi.org/10.1037/abn0000258

Figura A2

Matriz del marco RDoC: Dominios de funcionamiento y unidades de análisis

The RDoC Matrix*

	Unit of Analysis							
	Gene	**Molecules**	**Cells**	**Circuits**	**Physiology**	**Behavior**	**Self-Report**	**Paradigms**
***Domain** (Construct)*								
Negative Valence Systems								
Acute threat								
Potential threat								
Sustained threat								
Loss								
Frustrative nonreward								
Positive Valence Systems								
Approach motivation								
Initial responsiveness to reward								
Sustained responsiveness to reward								
Reward learning								
Habit								
Cognitive Systems								
Attention								
Perception								
Declarative memory								
Language behavior								
Cognitive control								
Working memory								
Systems for Social Processes								
Affiliation and attachment								
Social communication								
Perception and understanding of self								
Perception and understanding of others								
Arousal and Regulatory Systems								
Arousal								
Circadian rhythms								
Sleep and wakefulness								

* See: http://www.nimh.nih.gov/research-priorities/rdoc/nimh-research-domain-criteria-rdoc.shtml#toc_matrix

Nota. Adaptado de "Toward the future of psychiatric diagnosis: the seven pillars of RDoC", por B. N. Cuthbert y T. R. Insel, 2013, *BMC Medicine*, *11*, 126. https://doi.org/10.1186/1741-7015-11-126