



Facultad de Psicología

Carrera de Psicología Clínica

**Aplicaciones transdiagnósticas de la psicoterapia psicodinámica
de corta duración**

Trabajo de graduación previo a la obtención del título de Licenciado en
Psicología Clínica

Autor:

Paul Santiago Izquierdo Oleas

Director:

René Zalamea Vallejo

Cuenca - Ecuador

2026

Dedicatoria

A mi madre,

por las mañanas que parecen pequeñas, pero lo
significan todo.

Por cada café, por cada “buenos días” que, sin
saberlo, muchas veces fueron la razón por la que no
me detuve.

A mis abuelos,

por ese amor que no hace ruido, pero permanece.

Por estar, sin necesidad de explicarse.

Y a mí,

a quien dudó más de lo que mostró,
a quien se cansó en silencio,
a quien siguió incluso cuando no tenía razones claras
para hacerlo.

Porque esto no nace de la certeza,
sino de no haberme rendido.

Agradecimiento

Agradezco profundamente al Mgst. René Zalamea y al
Mgst. Juan Gutiérrez, por su guía y apoyo en el
desarrollo de esta tesis.

A mi familia, que fue el motor a lo largo de este
proceso.

A mi padre, por el apoyo brindado, el cual hizo posible
la culminación de este objetivo académico.

Finalmente, me agradezco a mí mismo, por la
constancia, por la disciplina y por haber continuado este
camino a pesar de las dificultades.

Resumen

La transición de los modelos diagnósticos categoriales hacia enfoques transdiagnósticos ha despertado un interés creciente en la identificación de intervenciones que aborden mecanismos etiológicos comunes. Esta investigación tuvo como objetivo identificar la evidencia científica sobre las aplicaciones transdiagnósticas de la psicoterapia psicodinámica de corta duración (PPCD) para trastornos mentales. Se realizó una revisión de alcance (scoping review) fundamentada en la declaración PRISMA-ScR para revisiones de alcance en las bases de datos Web of Science y PubMed, seleccionando una muestra final de 10 artículos. Los resultados sugieren que la PPCD ha sido estudiada en tres ejes transdiagnósticos: el espectro somático (síndrome de intestino irritable, cefalea tensional y fibromialgia), el emocional e impulsivo (depresión mayor, ansiedad de separación y autolesiones) y la flexibilización de rasgos rígidos (perfeccionismo desadaptativo y fobia escénica). Se identificaron como mecanismos nucleares la capacidad de mentalización, la resolución de patrones de apego inseguro y la flexibilidad de las defensas. Entre los modelos con mayor respaldo destacan la ISTDP para la somatización y resistencia, la PFPP-XR para núcleos de apego, y la STPP junto a las Terapias Dinámicas Experienciales (EDTs) para el procesamiento afectivo y mentalización. La evidencia revisada sugiere que la PPCD interviene sobre la arquitectura etiopatogénica compartida, lo que podría facilitar una remisión sintomática estructural y sostenida.

Palabras clave: psicoterapia psicodinámica de corta duración, psicoterapia, transdiagnóstico, procesos transdiagnósticos, psicoterapia breve

Abstract

The transition from categorical diagnostic models to transdiagnostic approaches has sparked growing interest in identifying interventions that address common etiological mechanisms. This research aimed to identify the scientific evidence regarding the transdiagnostic applications of short-term psychodynamic psychotherapy (STPP) for mental disorders. A scoping review was conducted based on the PRISMA-ScR guidelines using the Web of Science and PubMed databases, resulting in a final set of 10 included studies. The results suggest that STPP has been studied across three transdiagnostic axes: the somatic spectrum (irritable bowel syndrome, tension-type headache, and fibromyalgia), the emotional and impulsive spectrum (major depression, separation anxiety, and self-harm), and the flexibilization of rigid traits (maladaptive perfectionism and performance anxiety). Mentalization capacity, the resolution of insecure attachment patterns, and defensive flexibility were identified as core mechanisms. Among the most empirically supported models, ISTDP stands out for addressing somatization and resistance, PFPP-XR for attachment cores, and STPP alongside Experiential Dynamic Therapies (EDTs) for affective processing and mentalization. The reviewed evidence suggests that STPP may intervene in shared etiopathogenic mechanisms, which may facilitate a structural and sustained symptomatic remission.

Keywords: short-term psychodynamic psychotherapy, psychotherapy, transdiagnostic, transdiagnostic processes, brief psychotherapy

Contenidos

Dedicatoria	2
Agradecimiento	3
Resumen	4
Abstract	5
Introducción	8
Capítulo 1	10
Del modelo categorial al enfoque transdiagnóstico	10
La psicoterapia y modelos de intervención clínica	14
<i>Tipos de Psicoterapia</i>	15
Psicoterapia psicodinámica	17
<i>Inicios de la Psicoterapia Psicodinámica</i>	17
<i>Principios Característicos de la Psicoterapia Psicodinámica</i>	18
La psicoterapia psicodinámica de corta duración	19
Por qué la PPCD puede considerarse transdiagnóstica	20
Capítulo 2	25
Metodología	25
Capítulo 3	29
Resultados	29
Características generales de los estudios.....	31
Síntesis de resultados	32
Discusión.....	38
Conclusiones	41
Limitaciones y recomendaciones	43
Referencias	44
Anexos.....	52

Índice de figuras y tablas

Figura 1. Diagrama de flujo PRISMA 30

Introducción

La psicopatología clínica contemporánea atraviesa una fase de transición paradigmática, desplazándose desde los modelos diagnósticos categoriales —fundamentados en el DSM-5-TR y la CIE-10— hacia enfoques transdiagnósticos que priorizan la identificación de mecanismos etiológicos transversales. Los sistemas tradicionales han demostrado limitaciones estructurales significativas, especialmente en su incapacidad para abordar la alta tasa de comorbilidad y la heterogeneidad sintomática mediante agrupaciones principalmente descriptivas basadas en criterios clínicos consensuados.

Ante este escenario, la psicoterapia psicodinámica de corta duración (PPCD) se presenta como un modelo técnico con la capacidad de intervenir sobre procesos nucleares subyacentes, tales como la mentalización, los mecanismos de defensa y los patrones de apego. Esta revisión de alcance se propone sistematizar la evidencia científica publicada entre 2016 y 2025 sobre las aplicaciones transdiagnósticas de la PPCD, siguiendo los lineamientos PRISMA-ScR.

La presente investigación analiza la evidencia científica para identificar las aplicaciones transdiagnósticas de la psicoterapia psicodinámica de corta duración frente a los trastornos mentales. En este sentido, la pregunta que guía la presente revisión es: ¿cuáles son las aplicaciones transdiagnósticas de la psicoterapia psicodinámica de corta duración? El trabajo se centra en clasificar los modelos psicodinámicos actuales y describir sus mecanismos de cambio. El propósito final es ofrecer una síntesis académica que explique cómo estas intervenciones operan sobre la base estructural del malestar, superando así las limitaciones del diagnóstico descriptivo tradicional.

El presente manuscrito se estructura lógicamente y metodológicamente en tres capítulos. El Capítulo 1 establece la fundamentación epistemológica, contrastando las limitaciones sistémicas del modelo diagnóstico categorial con los postulados del enfoque transdiagnóstico, para luego

delimitar los principios técnicos de la PPCD y su operatividad sobre los mecanismos nucleares de mantenimiento. El Capítulo 2 detalla el diseño de la investigación cualitativa tipo scoping review, especificando la estrategia de búsqueda, las bases de datos consultadas y los criterios de elegibilidad bajo los parámetros de la declaración PRISMA-ScR. Finalmente, el Capítulo 3 expone la síntesis empírica de los artículos seleccionados, clasificando los hallazgos según su impacto en el espectro somático, afectivo y de rigidez defensiva; el documento culmina con la discusión teórica de estos resultados, las conclusiones clínicas y las limitaciones proyectivas del estudio.

Capítulo 1

Del modelo categorial al enfoque transdiagnóstico

La conceptualización de la psicopatología contemporánea se fundamenta en la premisa técnica de la American Psychiatric Association (2022), al definir el trastorno mental como un síndrome caracterizado por una alteración clínicamente significativa del estado cognitivo, la regulación emocional o el comportamiento de un individuo. Este marco se operacionaliza a través del DSM-5-TR y la CIE-10; esta última constituye el marco referente técnico legal obligatorio para el registro de la morbilidad en los servicios de salud del Ecuador (Ministerio de Salud Pública, 2012). En relación con esta estructura, Ortiz-Tallo (2019) sostiene que ambos sistemas organizan la psicopatología mediante categorías basadas en agrupaciones descriptivas de síntomas, priorizando el consenso clínico sobre la identificación de mecanismos etiológicos específicos.

Estos sistemas de diagnóstico se establecen mediante un marco de relación basado en el cumplimiento de un número determinado de criterios descriptivos. Bajo este enfoque, se asume que, al alcanzar un umbral de gravedad preestablecido, el cuadro clínico se consolida como una entidad discreta y separada de la normalidad (Echeburúa et al., 2014). No obstante, Widiger y Samuel (2005) cuestionan la validez de tales divisiones, argumentando que las fronteras categoriales suelen ser arbitrarias y no reflejan la continuidad real del malestar clínico. En consecuencia, al priorizar la acumulación de síntomas observables sobre la comprensión de los mecanismos psicológicos subyacentes, el modelo categorial corre el riesgo de fragmentar la realidad clínica en etiquetas que no capturan la complejidad del sufrimiento del individuo (Insel et al., 2010).

Finalmente, Belloch (2012) advierte que este modelo basado en categorías cerradas choca con la noción de dimensión o continuidad entre la normalidad y la psicopatología. Esto dificulta

el establecimiento de puntos de corte clínicos que realmente capturen el sufrimiento como un todo, dejando de lado los pacientes que presentan un malestar significativo pero que no encajan en los requisitos exactos exigidos por los manuales oficiales.

Siguiendo la línea de reflexión de Belloch, Sandín et al. (2012) sostienen que las limitaciones inherentes a los sistemas de clasificación vigentes comprometen su utilidad en la práctica clínica. El argumento central para pasar hacia un modelo distinto reside en la elevada prevalencia de la comorbilidad, la cual dejaría de entenderse como una coincidencia clínica para ser analizada como una falla estructural del sistema. Bajo esta perspectiva, los autores añaden que “la coexistencia de múltiples diagnósticos no es un fenómeno aislado, sino una consecuencia de establecer límites artificiales entre síntomas que comparten una raíz común” (p. 189).

Un ejemplo de estas limitaciones es la superposición entre los trastornos depresivos y de ansiedad, en donde la rigidez de las categorías suele fragmentar procesos que en realidad son compartidos. A esto se añade la heterogeneidad sintomática que muestra que los criterios actuales permiten que dos individuos reciban el mismo diagnóstico sin presentar síntomas comunes entre sí, lo que resta precisión y validez a la intervención (Vornholt y Mewes, 2021).

Ante este problema del modelo tradicional, el enfoque transdiagnóstico surge como una alternativa necesaria. Esta perspectiva no busca añadir nuevas etiquetas, sino identificar los mecanismos emocionales y conductuales subyacentes que actúan como factores de mantenimiento en diversas patologías. Al centrarse en procesos comunes, el transdiagnóstico ofrece una comprensión más integrada y funcional del sufrimiento psicológico (Sandín et al., 2012). De acuerdo con este autor, la arquitectura de este modelo se fundamenta en la identificación de mecanismos nucleares transdiagnósticos. Estos se definen como un conjunto limitado de procesos psicológicos disfuncionales (cognitivos, conductuales o emocionales) que están presentes en la base de diversos trastornos; por tanto, psicopatología no se entiende como

una colección de categorías aisladas, sino como la manifestación clínica de estos factores compartidos.

En concordancia con los postulados del enfoque transdiagnóstico, Barlow et al. (2017) sostienen que la identificación de los mecanismos subyacentes permite desplazar el foco de las manifestaciones sintomatológicas periféricas hacia los procesos etiopatogénicos compartidos. Bajo esta premisa, la arquitectura de la psicopatología reside en la desregulación emocional, entendida como una respuesta desadaptativa ante la experiencia interna. Para estos autores, el malestar se cronifica cuando el individuo carece de estrategias funcionales para procesar sus afectos, recurriendo a mecanismos de control que ofrecen un alivio inmediato, pero mantienen la vulnerabilidad psicológica a largo plazo.

Bajo esta lógica transdiagnóstica, la arquitectura de la psicopatología se sustenta en una jerarquía de procesos donde el apego actúa como el sistema organizador base. Para Mikulincer y Shaver (2012), el apego no es únicamente un vínculo afectivo, sino un sistema de monitoreo y regulación del estrés que, ante la percepción de la falta de disponibilidad del cuidador, desarrolla estrategias secundarias de hiperactivación o desactivación. Estas fallas en la seguridad vincular comprometen directamente la mentalización. Esta facultad es definida por Bateman y Fonagy (2016) como la capacidad de interpretar el comportamiento propio y ajeno mediante la atribución de estados mentales, tales como deseos, sentimientos y creencias. Sin esta capacidad de dar sentido a la experiencia, el sujeto no puede procesar el afecto de forma adaptativa. Panksepp (2004) operacionaliza el afecto como un sistema de proceso primario, de naturaleza biológica y subcortical, que actúa como un sistema de alerta encargado de informar al organismo sobre la relevancia de los estímulos de supervivencia y bienestar.

Cuando este flujo afectivo no logra ser integrado representacionalmente, sobreviene la desregulación emocional. Gratz y Roemer (2004) operacionalizan esta desregulación como una

deficiencia multidimensional que trasciende la mera intensidad del afecto, incluyendo la falta de claridad emocional, la dificultad para aceptar el malestar y la interferencia en conductas dirigidas a metas. Ante este escenario de vulnerabilidad, el sistema psíquico despliega mecanismos de control para mitigar el desbordamiento afectivo. En este punto emerge la evitación experiencial, la cual es descrita por Hayes et al. (1996) como la falta de disposición para permanecer en contacto con eventos privados como los pensamientos, emociones o sensaciones percibidos como aversivos.

De forma complementaria, el perfeccionismo se manifiesta como una estrategia de control rígida frente a la fragilidad del self, entendido por Kernberg (1984) como la estructura intrapsíquica que integra las representaciones del sí mismo y de los objetos para proporcionar cohesión interna. Hewitt y Flett (1991) identifican esta dimensión del perfeccionismo como la imposición de estándares inalcanzables y una autocrítica severa, mientras que autores como Babaei et al. (2022) subrayan su carácter transdiagnóstico al observar cómo este rasgo actúa como una defensa compensatoria que mantiene la sintomatología en diversas muestras clínicas. Este mecanismo se conceptualiza psicodinámicamente como una manifestación de la configuración introyectiva de la personalidad, donde predomina una autocrítica severa y una búsqueda incesante de logros para compensar un sentimiento profundo de indignidad. Blatt (2008) propone que estos individuos utilizan la hiperexigencia como una defensa contra el colapso del self, sacrificando la relación con el otro en favor de una autonomía rígida y hostil. El abordaje dinámico permite flexibilizar estos estándares al trabajar sobre la vulnerabilidad narcisista y el miedo al juicio. En conjunto, esta constelación de procesos explica por qué el foco terapéutico debe desplazarse desde la categoría diagnóstica hacia la dinámica de los mecanismos subyacentes.

La psicoterapia y modelos de intervención clínica

Tras establecer la naturaleza compleja de los mecanismos nucleares, la utilidad del enfoque transdiagnóstico en la práctica clínica se vuelve evidente al permitir un manejo más eficiente de la comorbilidad. Al respecto, Newby et al. (2015) señalan que la relevancia de este modelo radica en su capacidad para ofrecer un marco de intervención unificado que se adapta a la realidad de la consulta, donde lo habitual es que los pacientes presenten síntomas de varios trastornos al mismo tiempo. Al no depender de protocolos diferentes para cada etiqueta, se optimiza la atención de casos complejos, permitiendo una comprensión más integral y menos fragmentada del sufrimiento del paciente.

En este sentido, Bernardi et al. (2004) subrayan que el proceso psicoterapéutico no debe limitarse a quitar síntomas aislados, sino que debe orientarse a transformar los procesos que organizan la experiencia del sujeto. Esta visión facilita la labor clínica al poner el foco en la dinámica del individuo, de este modo, el terapeuta puede identificar los patrones de repetición y las dificultades de procesamiento que sostienen al síntoma, sin importar la categoría en la que se clasifique al problema.

Finalmente, la facilitación de los procesos psicoterapéuticos se potencia, al simplificar el plan de trabajo del tratamiento. Según Sauer-Zavala et al. (2017), este enfoque agiliza la intervención al concentrarse en pocos procesos de alto impacto como la regulación de las emociones, lo que evita que el terapeuta se pierda en técnicas aisladas y ayuda a que la alianza de trabajo sea más fuerte. Al tener una hoja de ruta más clara y sencilla, el paciente comprende mejor su proceso y se involucra más, ya que percibe un abordaje directo sobre los núcleos que mantienen su malestar día a día.

Tipos de Psicoterapia

Si bien la psicoterapia comparte este fundamento ético y relacional, su aplicación técnica se ha diversificado históricamente en modelos teóricos específicos. A continuación, se describen brevemente los principales enfoques psicoterapéuticos contemporáneos que coexisten en la práctica clínica actual.

La terapia cognitivo conductual (TCC) se distingue por ser el enfoque con mayor volumen de investigación empírica controlada. En este modelo se integran los principios del aprendizaje junto con el estudio de los procesos mediacionales, bajo la premisa de que las perturbaciones o alteraciones psicológicas se mantienen por una interacción constante entre pensamientos, emociones y conductas. Hollon y Beck (2004) definen esta intervención como un procedimiento estructurado cuyo objetivo central es identificar y modificar las cogniciones disfuncionales, es decir los pensamientos automáticos y creencias nucleares junto con los patrones de comportamiento desadaptativos. Al reestructurar la forma en la que el paciente procesa la información y se relaciona con el entorno, se puede lograr una reducción significativa de su sintomatología y una mejora en el funcionamiento global.

Por otro lado, se sitúa la terapia humanista experiencial, esta terapia se centra en la promoción del crecimiento personal y la vivencia emocional profunda. A diferencia de los otros enfoques que buscan corregir patologías, este enfoque sostiene que el ser humano posee una tendencia innata a la autorrealización, misma que se desbloquea a través de una relación terapéutica que es caracterizada por la empatía, la aceptación, la autenticidad y la aceptación incondicional. El mecanismo de cambio principal en este enfoque se define como la facilitación de nuevas experiencias emocionales en el “aquí y ahora”, esto es algo que le permite al paciente acceder a significados implícitos, también le permite integrar aspectos disociados de su

experiencia y reorganizar sus esquemas emocionales para lograr un funcionamiento más auténtico y adaptativo (Elliott et al., 2004).

El enfoque sistémico familiar es otro de los modelos terapéuticos principales en la psicoterapia. Este enfoque representa un cambio en el paradigma, puesto que, traslada el foco de la intervención que normalmente es al individuo, hacia el sistema de relaciones en el que se encuentra. Esta corriente conceptualiza la psicopatología no como una característica interna del paciente, más bien como el resultado de patrones de interacciones los cuales son disfuncionales, además de mecanismos de regulación homeostática dentro del grupo familiar. Por lo tanto, el tratamiento se enfoca a modificar la estructura del sistema, las pautas de comunicación y los ciclos de interacción recíproca, bajo esta premisa de que el cambio en la dinámica relacional conlleva a una modificación en la conducta sintomática del miembro identificado (Sexton et al., 2004).

Finalmente, para abordar el psicoanálisis, respecto a la fundamentación teórica y estructural de la disciplina, Freud (1915, 1923, 1924, 1926, citado en Leserre, 2023) sistematiza al psicoanálisis como una entidad tripartita que integra un procedimiento de investigación, un método terapéutico y un cuerpo de conocimientos científicos. Debido a la naturaleza de esta investigación, teniendo en cuenta el importante volumen de conceptos del psicoanálisis, en este apartado se desarrollará nociones que pueden asociarse a los mecanismos transdiagnósticos que integran la terapia psicodinámica de corta duración.

Con estos antecedentes y en síntesis se puede establecer que desde el psicoanálisis el aparato psíquico se organiza mediante una estructura dinámica donde el inconsciente surge como una inferencia necesaria para suplir las discontinuidades de la conciencia, la hipótesis central de Freud giraría alrededor de la idea de conflicto psíquico provocado por la disputa entre impulsos y deseos inconscientes, la realidad y las prerrogativas normativas sociales condensadas en lo que se

conoce como Superyó. Bajo esta lógica, la neurosis se entiende como una solución de compromiso entre estos impulsos contradictorios ante la incapacidad de mediación del Yo. Para preservar su integridad y regular la angustia, el Yo activa mecanismos de defensa y resistencias que se oponen al cambio, estableciendo así el antecedente técnico de la evitación experiencial como concepto transdiagnóstico.

En cuanto a la dimensión técnica y el procesamiento del afecto en sesión, Freud (1905, 1912, citado en Yilmaz et al., 2024) define la transferencia como la repetición inconsciente de patrones afectivos y vinculares infantiles que el paciente proyecta sobre la figura del terapeuta. Este proceso no se considera un obstáculo, sino la herramienta clínica fundamental que permite actualizar los esquemas de apego y los conflictos subyacentes en el “aquí y ahora”. De este modo, el encuadre terapéutico facilita que la repetición neurótica ceda su lugar a la elaboración simbólica que es la interpretación de estos patrones relacionales permitiendo que el material reprimido sea integrado representacionalmente, logrando así la resolución de la sintomatología y una mayor cohesión de la identidad del sujeto (Yilmaz et al., 2024).

Psicoterapia psicodinámica

Inicios de la Psicoterapia Psicodinámica

Antes de pasar a delimitar los principios técnicos de la psicoterapia psicodinámica contemporánea, es importante saber cuál es el punto de quiebre histórico que dio paso a su diferenciación con el psicoanálisis clásico. El crédito de esta evolución se le atribuye a la obra de Franz Alexander, considerado como el que dio origen a la psicodinámica moderna y a los modelos breves. En su texto “Psychoanalytic Therapy”, Alexander cuestionó la creencia de que la profundidad terapéutica dependía de la duración del tratamiento o de la frecuencia de las sesiones. En vez de esto, propuso que el factor esencial curativo no era solo el insight que es reconocer el problema y sus partes, sino la experiencia emocional correctiva que se entiende

como la oportunidad del paciente de revivir situaciones traumáticas del pasado en relación con el terapeuta, pero obteniendo una respuesta diferente y que repara, que le permita al paciente abandonar viejos patrones neuróticos (Alexander y French, 1946).

Según los postulados de Shedler (2024), la psicoterapia psicodinámica contemporánea se define como una modalidad de tratamiento que, si bien conserva la esencia de los principios psicoanalíticos clásicos, se distingue por su adaptación a las necesidades clínicas actuales, desprendiéndose de los elementos clásicos como el diván o la frecuencia alta de sesiones. El objetivo principal de la psicoterapia psicodinámica no solo es la remisión de síntomas, sino el desarrollo de capacidades psicológicas que le permitan al paciente librarse de las cadenas de la experiencia pasada para vivir plenamente en el presente. Esta práctica se sostiene en la premisa de que las dificultades y los síntomas, aunque puedan parecer aleatorios, tienen un significado psicológico que cumplen una función específica en la economía psíquica del sujeto.

Principios Característicos de la Psicoterapia Psicodinámica

De manera breve y desde un punto de vista técnico, este enfoque se caracteriza por siete principios distintivos que operan de manera simultánea.

En primer lugar, se le da prioridad al foco en el afecto además de la expresión de la emoción, con el objetivo de acceder a sentimientos que el paciente no puede reconocer. En segundo lugar, se trabaja de forma activa en la identificación de intentos de evitar pensamientos y sentimientos angustiantes (defensas). En tercer lugar, se busca el reconocimiento de patrones y temas recurrentes en la vida del paciente. En cuarto lugar, el proceso integra la discusión de la experiencia pasada para entender el impacto de este mismo en el presente. En quinto lugar, otorga un énfasis en las relaciones interpersonales. En sexto lugar, y de manera crucial, utiliza la relación terapéutica como una ventana para observar y modificar estos patrones en vivo. Finalmente, en séptimo lugar, se pone en valoración la exploración de la vida de fantasía que se

explica, no como un escape, sino como una fuente vital de información sobre sus deseos, miedos y narrativas internas que sirven para comprender la realidad interna del paciente (Shedler, 2024).

La psicoterapia psicodinámica de corta duración

La psicoterapia psicodinámica de corta duración, conocida internacionalmente por sus siglas STPP (Short-Term Psychodynamic Psychotherapy), se define como una intervención de tiempo limitado que se sitúa habitualmente entre las 16-30 sesiones, que conserva los fundamentos teóricos del modelo psicodinámico que se abordó anteriormente, pero los aplica dentro de un encuadre estructurado. A diferencia de los tratamientos abiertos, esta modalidad establece un límite temporal explícito desde el inicio, estrategia que moviliza la ansiedad del paciente y acelera el cambio. De manera técnica, esto hace que el terapeuta deje la atención flotante clásica y adopte una postura activa y focalizada, por ejemplo, centrándose en un conflicto nuclear o patrón desadaptativo que guía todas las intervenciones hacia objetivos más profundos (Leichsenring et al., 2022).

No obstante, Abbass (2015) precisa que esta brevedad no debe entenderse únicamente como un parámetro numérico, sino que depende de la delimitación técnica del foco y la intensidad del procesamiento emocional, lo que permite ajustar la duración según la complejidad de las defensas.

Desde la perspectiva del afecto mentalizado, la intervención no busca solo la comprensión intelectual del síntoma, sino la capacidad de identificar, modular y expresar las emociones dentro del vínculo terapéutico. Jurist (2018/2022) sostiene que este proceso permite al paciente transformar sentimientos difusos en experiencias con significado, lo cual es vital para el tratamiento de la desregulación emocional. En la PPCD, el clínico actúa como un regulador externo que ayuda al sujeto a simbolizar estados internos que antes solo podían ser actuados, fenómeno conocido clínicamente como “acting out”, en el cual el malestar se descarga sin

mediación simbólica mediante conductas impulsivas, autolesivas o expresiones somáticas. Al favorecer la simbolización de estos estados internos dentro del vínculo terapéutico, la PPCD facilita un mayor control reflexivo sobre la propia experiencia emocional, lo que significa que el sujeto podrá experimentar una mayor autoría y control sobre sus respuestas emocionales.

Es importante además mencionar que, en el ámbito académico hispanohablante, esta modalidad es frecuentemente referida y validada como Psicoterapia Psicodinámica Breve (PPB). Esta alternativa cuenta con sustento empírico propio y se distingue de la psicoterapia psicodinámica tradicional de larga duración, por su capacidad de lograr cambios clínicos significativos optimizando tanto el tiempo del tratamiento como los recursos invertidos (Fernández et al., 2009).

En este contexto, es imperativo precisar que la nomenclatura de psicoterapia psicodinámica de corta duración no designa un protocolo clínico único y monolítico, sino que opera como un término paraguas que engloba diversas modalidades técnicas. Dentro de este espectro metodológico resalta la Psicoterapia Dinámica Intensiva de Corta Duración (ISTDP), una variante que se singulariza por su abordaje activo, estructurado y sostenido sobre la resistencia del paciente. Este modelo específico busca desarticular de manera frontal los mecanismos de defensa rígidos para facilitar el acceso directo al afecto inconsciente que subyace a la sintomatología (Abbass y Town, 2025). Comprender a la PPCD como un término paraguas resulta fundamental, ya que permite reconocer la aplicación clínica de sus distintos protocolos en función de la complejidad estructural de cada caso.

Por qué la PPCD puede considerarse transdiagnóstica

La convergencia entre la PPCD y el enfoque transdiagnóstico no constituye únicamente una coincidencia teórica, más bien es una consecuencia lógica de sus mecanismos compartidos.

Analizando sus fundamentos, es posible establecer equivalencias funcionales directas, por ejemplo:

- lo que la literatura transdiagnóstica llama evitación experiencial corresponde dinámicamente al concepto de defensa.
- la desregulación emocional equivaldría a la incapacidad de procesar el afecto o conflicto subyacente.
- los problemas interpersonales recurrentes no son otra cosa que la manifestación actual de la transferencia y patrones de apego.

Como se puede apreciar, la PPCD es intrínsecamente transdiagnóstica porque su metodología clínica no ataca el síntoma superficial, sino que modifica estos mecanismos motores que pueden estar presentes en diversos trastornos.

Esta relación teórica se verifica en la práctica clínica. Shedler (2024) explica que el trabajo psicodinámico se enfoca precisamente en identificar las defensas (evitación) que el paciente usa para no sentir, y en utilizar la relación terapéutica para corregir en vivo los patrones disfuncionales de la persona (transferencia). Al poder desactivar estas defensas y procesar los afectos temidos, la terapia impacta sobre la raíz de cuadros diversos, como la depresión y la ansiedad.

Esta capacidad integradora ha llevado al desarrollo de modelos formales como el *Unified Psychodynamic Protocol for Emotional Disorders* (UPP-EMO; Protocolo Psicodinámico Unificado para Trastornos Emocionales), sugiriendo que los principios técnicos para tratar distintos diagnósticos emocionales comparten una base común (Leichsenring y Steinert, 2018).

Esta convergencia se operacionaliza a través de la transferencia, entendida no solo como un fenómeno regresivo, sino como un ciclo psicodinámico recurrente. Según Wachtel (2017), las

defensas y patrones de apego del sujeto se mantienen mediante transacciones actuales que confirman sus expectativas patológicas. En la PPCD, el terapeuta intercepta estos ciclos en el “aquí y ahora”, facilitando que el paciente reconozca su participación inconsciente en la recreación de vínculos conflictivos y pueda ensayar respuestas interpersonales más adaptativas que rompan la compulsión a la repetición.

El panorama actual de la investigación en la psicoterapia muestra un cambio en el paradigma significativo, de manera que se aleja de los modelos centrados en etiquetas únicas para moverse hacia unas perspectivas más integradoras. La literatura científica reciente sugiere que la forma psiquiátrica tradicional de clasificar los trastornos mentales ha alcanzado un límite dentro de su utilidad clínica, puesto que no logran capturar la complejidad real de la mente de los pacientes. Por lo tanto, se plantea la necesidad urgente de utilizar enfoques que trasciendan las fronteras diagnósticas rígidas. Esta nueva visión permite comprender mejor al paciente, pues no solo sabremos cómo inician los trastornos mentales, sino que también nos permite comprender cuáles son los procesos de recuperación compartidos, proponiendo una ciencia clínica basada en los mecanismos subyacentes en lugar de categorías rígidas (Dalglish et al., 2020).

Esta transición con bases teóricas se ve respaldada por evidencia empírica reciente sobre la efectividad de los tratamientos en los cuales no se distinguen entre diagnósticos. Un metaanálisis realizado en 2025 pudo evaluar diversas intervenciones psicológicas diseñadas bajo la lógica transdiagnóstica para abordar los trastornos emocionales. Los hallazgos confirman que los tratamientos dirigidos a mecanismos comunes como la depresión y ansiedad concurrentes son efectivos en la reducción de síntomas post tratamiento. Esto aporta evidencia a favor de la pertinencia clínica de abordar la comorbilidad desde una perspectiva unificada, demostrando que intervenir sobre el mecanismo de mantenimiento (la regulación emocional o evitación) funciona igual o mejor que tratar cada síntoma por separado (Jiménez-Orenga et al., 2025).

Dentro de este contexto con validación científica, la psicoterapia psicodinámica de corta duración ha consolidado su posición como una intervención de primera línea. Una revisión sistemática de tipo umbrella review, examinó la eficacia de la terapia psicodinámica aplicando los criterios más rigurosos y actualizados de la medicina basada en la evidencia. Los resultados de este gran estudio indicaron que el modelo psicodinámico es un tratamiento empíricamente apoyado, pues tiene evidencia de alta calidad para trastornos depresivos y somáticos además de una calidad moderada para trastornos de ansiedad y de personalidad. Uno de los hallazgos más relevantes es la conclusión de que los beneficios clínicos de esta terapia superan significativamente sus riesgos y costos, legitimando su uso en los sistemas de salud pública (Leichsenring et al., 2023).

Por otro lado, si nos enfocamos específicamente en los trastornos del estado del ánimo que representan una de las principales causas de consulta, la evidencia es de igual manera, sólida. Revisiones recientes sobre la aplicación de la psicoterapia psicodinámica de corta duración en la depresión mayor ha encontrado que esta modalidad es efectiva, especialmente en casos de una severidad moderada. Más allá de la remisión inmediata de los síntomas, destaca la capacidad para prevenir recaídas a largo plazo, esto sugiere que el trabajo sobre los mecanismos subyacentes (motor) entrega al paciente recursos duraderos. De igual manera, se enfatiza la importancia de evaluar caso por caso cuando existe una comorbilidad compleja, reforzando así la necesidad de un enfoque personalizado (Di Salvo et al., 2022).

Finalmente, el avance más prometedor proviene de las investigaciones sobre las terapias dinámicas experienciales, modalidades de corta duración enfocada en el procesamiento emocional profundo. Un metaanálisis actualizado que cubrió diez años de investigación reportó efectos grandes y además sostenidos en una gama amplia de condiciones clínicas, que abarca desde trastornos de ansiedad y depresión hasta los problemas de personalidad. Estos estudios

coinciden en un hallazgo relevante para esta tesis: el abordaje psicodinámico de corta duración no solo sirve para diagnósticos aislados, sino que actúa sobre factores transdiagnósticos transversales, logrando así mejoras generalizadas y estables en la salud mental de los pacientes (Lilliengren et al., 2025).

Capítulo 2

Metodología

Tipo de investigación

El presente estudio corresponde a una investigación cualitativa, desarrollada bajo la modalidad de revisión de alcance. Su propósito fue explorar la literatura científica publicada entre 2016 y 2025 sobre las aplicaciones transdiagnósticas de la psicoterapia psicodinámica de corta duración. El diseño siguió los lineamientos de la Declaración PRISMA-ScR (Tricco et al., 2018), la cual establece un marco metodológico estandarizado en los procesos de identificación, selección y síntesis de la evidencia científica.

Pregunta de investigación

¿Cuáles son las aplicaciones transdiagnósticas de la psicoterapia psicodinámica de corta duración?

Objetivos

Objetivo General

Identificar la evidencia científica disponible sobre las aplicaciones transdiagnósticas de la psicoterapia psicodinámica de corta duración para trastornos mentales.

Objetivos específicos

- Describir los constructos teóricos psicodinámicos que son conceptualizados como procesos transdiagnósticos.
- Clasificar los modelos de la psicoterapia psicodinámica de corta duración descritos en la literatura como transdiagnósticos.

Criterios de elegibilidad

Para el tratamiento inicial de la información, se seleccionó e incluyó los estudios de acuerdo con los siguientes criterios de elegibilidad:

Criterios de inclusión

- Estudios que investiguen la aplicación de la psicoterapia psicodinámica de corta duración.
- Artículos que conceptualicen constructos teóricos psicodinámicos como procesos transdiagnósticos, o describan la aplicación de un modelo de psicoterapia psicodinámica de corta duración como una intervención transdiagnóstica.
- Publicaciones comprendidas entre los años 2016 y 2025.
- Artículos publicados en idioma inglés o español.
- Disponibilidad del texto completo.

Criterios de exclusión

- Literatura gris (tesis, informes técnicos, memorias de congreso).
- Intervenciones exclusivamente farmacológicas o sin componente psicológico.
- Artículos de opinión o editoriales sin un desarrollo conceptual o teórico.

Fuentes de información

La búsqueda sistematizada se realizó en las bases de datos PubMed y Web of Science.

Estrategia de búsqueda

Se emplearon términos clave en inglés y español como: transdiagnostic, transdiagnóstico, psicoterapia psicodinámica breve, brief psychodynamic therapy, psychodynamic psychotherapy, short-term psychodynamic psychotherapy, combinados con operadores booleanos (AND, OR).

La cadena de búsqueda utilizada para PubMed fue: ("Psychotherapy, Psychodynamic"[Mesh] OR "short-term psychodynamic*"[tiab] OR "STPP"[tiab] OR "ISTDP"[tiab]) AND ("transdiagnostic*" OR "emotion regulation"[tiab] OR "attachment" OR "perfectionism" OR "mentalization" OR "defense mechanisms"[tiab]).

Para Web of Science se empleó: ("short-term psychodynamic psychotherapy" OR "ISTDP" OR "Psychodynamic therapy" OR "STPP" OR "brief psychodynamic therap*" OR "time-limited dynamic psychotherapy") AND ("transdiagnostic" OR "trans-diagnostic" OR "cross-diagnostic"). Se aplicaron filtros por periodo de publicación (2016–2025), idioma (inglés y español) y acceso al texto completo.

Proceso de selección de estudios

El proceso de búsqueda y selección de registros siguió las cuatro etapas del diagrama de flujo PRISMA-ScR:

- Identificación: recopilación de registros iniciales a partir de las bases de datos seleccionadas (PubMed y Web of Science).
- Cribado: eliminación de duplicados y selección preliminar de artículos mediante la revisión de títulos y resúmenes.
- Evaluación de elegibilidad: lectura completa de los artículos potencialmente relevantes para verificar el cumplimiento de los criterios de inclusión.
- Inclusión final: selección definitiva de los estudios que serán analizados y sistematizados en la matriz de extracción de datos.

El cribado de títulos y resúmenes, así como la lectura de texto completo, fue realizado por el autor de la revisión. Las dudas metodológicas surgidas durante el proceso de selección fueron contrastadas con el director del trabajo.

Proceso y estrategia de extracción de datos

Para el tratamiento inicial de la información se empleó el gestor de referencias Mendeley, facilitando la clasificación preliminar de registros. Posteriormente, la información se sistematizó en una matriz de extracción de datos (data charting) que incluyó: título del artículo, autor y año,

población, procesos transdiagnósticos abordados, modelo de intervención psicodinámica de corta duración y resultados principales.

La extracción de datos fue realizada por el autor mediante una matriz previamente estructurada, con el fin de mantener uniformidad en el registro de la información de los estudios incluidos.

Síntesis de resultados

Los datos recopilados fueron sintetizados de manera descriptiva y narrativa. Para ello, se identificaron patrones comunes entre los estudios incluidos, considerando los mecanismos transdiagnósticos abordados, los modelos de psicoterapia psicodinámica de corta duración utilizados y los principales hallazgos reportados. Debido al carácter exploratorio de una revisión de alcance, no se efectuó una evaluación formal del riesgo de sesgo, ya que el propósito principal fue mapear la evidencia disponible más que valorar la calidad metodológica individual de cada estudio.

Capítulo 3

Resultados

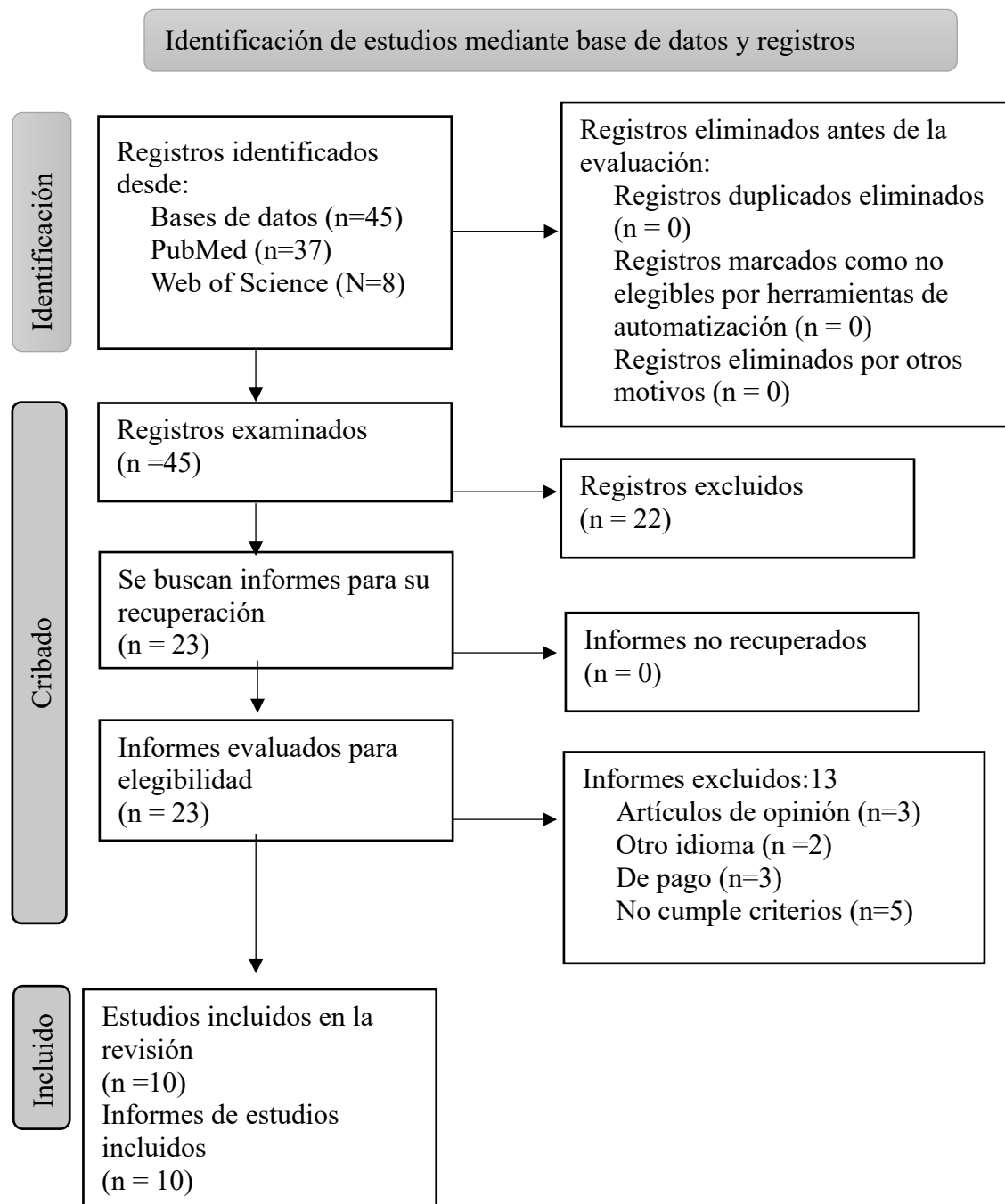
El proceso de la búsqueda se llevó a cabo en las bases de datos PubMed y Web of Science, tras la aplicación de la cadena de búsqueda para cada una de las bases de datos, se obtuvo un resultado de 45 artículos.

Posteriormente se gestionaron a través de Mendeley en donde no se encontraron duplicados. De los 45 artículos se descartaron 22 debido a que sus títulos y resúmenes no tenían relación con la temática del presente estudio dando como resultado un total de 23 artículos de los cuales se eliminaron 13 artículos debido a que no cumplían criterios de inclusión como el idioma, eran artículos de pago, otros eran artículos de opinión y otros no cumplían con los requerimientos necesarios para ser incluidos en el apartado de resultados.

Por lo tanto, se consolidó una muestra final de 10 artículos los cuales eran aptos para ser incluidos en los resultados de esta revisión de alcance. El detalle del proceso se muestra mediante el diagrama de flujo PRISMA (Figura 1).

Figura 1.

Diagrama de Flujo PRISMA



Fuente. Page et al. (2021).

Características generales de los estudios

La muestra final estuvo compuesta por 10 artículos publicados entre los años 2016 y 2025. Se observa una marcada concentración de la literatura en los últimos años (2021-2025), lo que refleja que la aplicación transdiagnóstica de la PPCD es un tema de investigación actual y vigente. En cuanto al tipo de estudios, la selección incluye diferentes metodologías. La mitad de los manuscritos primarios ($n = 5$) corresponden a Ensayos Controlados Aleatorizados (RCT). Para el análisis de mecanismos de cambio y barreras terapéuticas, se incluyeron diseños de estudio de caso anidados y reportes clínicos en profundidad ($n = 3$). Finalmente, para consolidar la validez de los hallazgos a nivel macro, la exploración integró investigación secundaria de alto nivel, específicamente una revisión sistemática (Cochrane) y un metaanálisis reciente (Lilliengren et al., 2025; Witt et al., 2021). Respecto a la conformación de la muestra clínica, los estudios primarios abarcan poblaciones adultas y adolescentes que presentan una sintomatología diversa. Se identificó la aplicación del modelo en el espectro de somatización (síndrome de intestino irritable, cefalea tensional, fibromialgia), trastornos del espectro emocional e impulsivo (depresión mayor, ansiedad de separación, autolesiones) y cuadros de rigidez defensiva o nichos de alto rendimiento (perfeccionismo desadaptativo y ansiedad escénica severa). Esta variabilidad poblacional es congruente con la naturaleza exploratoria de la presente revisión. En cuanto a su procedencia geográfica, la evidencia recuperada posee un carácter multicéntrico. Los ensayos clínicos y revisiones provienen de América del Norte (Canadá, Estados Unidos), Medio Oriente (Irán), Europa (Italia, Noruega, Suecia) y Oceanía (Australia), lo cual aporta una validez transcultural a los mecanismos de intervención observados. Toda la información detallada sobre las características, metodologías y hallazgos específicos de cada artículo se encuentra resumida en la matriz de extracción de datos (véase Anexo 1).

Síntesis de resultados

La evidencia empírica extraída se agrupó en función de los ejes clínicos abordados por los estudios, priorizando los mecanismos de cambio transdiagnóstico sobre las etiquetas categoriales tradicionales.

Espectro de Somatización y Regulación Afectiva

El primer bloque de evidencia analiza la aplicación de la PPCD frente a cuadros clínicos donde el conflicto psicológico se descarga a través del cuerpo. Los estudios de esta categoría evalúan pacientes con Síndrome de Intestino Irritable (SII), Cefalea Tensional, Fibromialgia y Trastornos de Síntomas Somáticos recurrentes (Ahmadvand Shahverdi et al., 2024; Romeo et al., 2025; Shafiei et al., 2024; Town et al., 2024).

El análisis cruzado de estos autores revela que la PPCD conceptualiza el dolor o la inflamación crónica no como una disfunción médica aislada, sino como el resultado de una desregulación emocional severa. Shafiei et al. (2024) y Ahmadvand Shahverdi et al. (2024) convergen en que la somatización está sostenida por el uso rígido de mecanismos de defensa inmaduros, específicamente la represión y la evitación inconsciente de la experiencia afectiva. Por ejemplo, en los casos de cefalea tensional, se mapeó que el síntoma somático opera como una vía de descarga muscular frente a la inhibición crónica de la ira (anger-in). Al utilizar la PPCD para movilizar la ira bloqueada y facilitar su procesamiento consciente en la sesión, los ensayos clínicos reportan una caída significativa tanto en la ansiedad como en la severidad del dolor físico.

Un constructo transdiagnóstico central identificado en este bloque es la alexitimia, entendida como la dificultad para identificar y describir estados internos; bajo esta premisa, se vincula con la mentalización del afecto y con los patrones de apego inseguro. Romeo et al. (2025) señalan que, en formatos de psicoterapia dinámica breve grupal para fibromialgia, los niveles

muy elevados de alexitimia y evitación del apego pueden actuar como barreras predictivas que limitan la respuesta terapéutica.

Sin embargo, cuando el modelo de PPCD se aplica de forma intensiva, individual y focalizada en la resistencia —como en la Psicoterapia Dinámica Intensiva de Corta Duración (ISTDP)—, la evidencia sugiere que estos mismos pacientes "resistentes" logran resultados superiores. Town et al. (2024) respaldan esta premisa en su ensayo clínico con pacientes somatizadores crónicos reclutados en servicios de urgencias. Su estudio reporta que aquellos individuos con mayores niveles iniciales de alexitimia y evitación del apego experimentaron las mejorías más significativas con la intervención psicodinámica.

En síntesis, la evidencia de este eje somático sugiere que, al abandonar el enfoque en la enfermedad física y redirigir el tratamiento hacia la flexibilización de las defensas y la capacidad de mentalización, la PPCD no solo produce la remisión clínica del síntoma somático crónico, sino que reduce de manera sostenida la utilización y saturación de los servicios médicos de urgencia a largo plazo.

Abordaje de la Impulsividad y el Espectro Emocional Severo

Este segundo eje de síntesis integra la evidencia sobre cuadros clínicos donde la desregulación afectiva se manifiesta mediante crisis de angustia crónicas, sintomatología depresiva y conductas impulsivas de riesgo. Los hallazgos de Milrod et al. (2016), Witt et al. (2021) y Calderon et al. (2022) permiten identificar al apego y la capacidad de mentalización como los pilares transdiagnósticos que sostienen esta psicopatología y, a su vez, como los objetivos centrales de la intervención.

Un hallazgo crítico en este bloque es la identificación de la ansiedad de separación en el adulto como un núcleo transdiagnóstico "oculto" en pacientes que no responden a tratamientos convencionales. Milrod et al. (2016) sugieren que, al utilizar modelos de PPCD focalizados en el

apego —específicamente la Psicoterapia Psicodinámica Centrada en el Pánico de Rango Extendido (PFPP-XR)—, es posible desarticular la resistencia terapéutica en casos crónicos. La evidencia sugiere que el síntoma ansioso recurrente suele ser una manifestación de un miedo inconsciente al abandono; por lo tanto, la intervención sobre la seguridad del vínculo resulta más eficaz para la estabilidad a largo plazo que el simple abordaje sintomático del pánico o la fobia social.

En una línea convergente, la revisión sistemática de Witt et al. (2021) señala que las intervenciones psicodinámicas focalizadas son eficaces para reducir la repetición de autolesiones. Desde una perspectiva transdiagnóstica, el acto impulsivo se entiende como una falla en la simbolización: el paciente ataca su cuerpo ante la incapacidad de procesar mentalmente un afecto intolerable. El mapeo de estos resultados indica que la PPCD facilita la transición desde el "paso al acto" (acting out) hacia la representación mental, permitiendo que la angustia encuentre una vía de descarga simbólica y verbal en lugar de una física, lo que reduce significativamente la letalidad y frecuencia de las crisis.

Finalmente, el estudio de Calderon et al. (2022) aporta una dimensión esencial sobre los moderadores del cambio en la depresión mayor. Al contrastar casos con resultados divergentes bajo la Psicoterapia Psicoanalítica a Corto Plazo (STPP), se identificó que la capacidad basal de mentalización y la calidad del apego son los factores que determinan el ritmo de la mejoría. Los hallazgos muestran que, si bien la PPCD es altamente efectiva para remitir la sintomatología depresiva, su éxito depende de la flexibilidad de la estructura del paciente. En aquellos con déficits severos de mentalización, el modelo requiere una adaptación técnica más activa, lo que refuerza la idea de que la PPCD no es una intervención rígida, sino un marco que se ajusta a la capacidad reflexiva del individuo.

En conjunto, este bloque de resultados sugiere que la eficacia de la PPCD en el espectro emocional no se limita al alivio del síntoma visible, sino que interviene sobre la arquitectura del apego y la función reflexiva, permitiendo una estabilidad clínica que los modelos puramente conductuales suelen omitir en casos de alta complejidad.

Flexibilización de Rasgos Rígidos y Nichos de Desempeño

El tercer eje de la revisión explora la versatilidad de la PPCD frente a cuadros clínicos estructurados en torno a la autoexigencia, la evaluación social y la rigidez defensiva. Los estudios de Babaei et al. (2022) y Kenny (2025) sugieren que patologías aparentemente diferentes, como el perfeccionismo desadaptativo y la ansiedad por desempeño musical (MPA) severa, comparten un núcleo metapsicológico común: el uso de la ejecución impecable como mecanismo para evitar el rechazo o la reactivación de un trauma vincular.

Desde esta perspectiva estructural, Babaei et al. (2022) abordan el perfeccionismo neurótico no como un rasgo inmutable de la personalidad, sino como un mecanismo de defensa rígido que exacerba la sintomatología depresiva y aísla al individuo. Su estudio destaca la eficacia de la PPCD en formato grupal, donde la técnica prescinde del análisis del pasado lejano para centrarse en las interacciones transferenciales en vivo dentro de la matriz del grupo. Al confrontar las demandas perfeccionistas en el "aquí y ahora" del encuadre terapéutico, se facilita la expresión de la vulnerabilidad sin el consecuente castigo superyoico. Los resultados sugieren que la flexibilización de esta defensa rígida produce un efecto dominó, reduciendo de manera concurrente la ansiedad, la depresión y los conflictos interpersonales subyacentes.

Esta misma dinámica de evaluación y defensa se extrapola a nichos clínicos de alto rendimiento. En su análisis de músicos profesionales con ansiedad escénica, pánico y depresión, Kenny (2025) rechaza el abordaje tradicional centrado en estrategias conductuales de afrontamiento. El mapeo empírico de este estudio conceptualiza el pánico en el escenario como la

reactivación aguda de un trauma de apego temprano, donde el público opera como una pantalla proyectiva de figuras vinculares críticas o negligentes.

La aplicación de la Psicoterapia Psicoanalítica a Corto Plazo (STPP) orientada a resolver esta herida de apego, en lugar de focalizarse en el instrumento o la técnica musical, logró la remisión completa del cuadro de fobia escénica y de los episodios de pánico comórbidos.

El análisis cruzado de ambos artículos respalda una premisa esencial del modelo transdiagnóstico: tratar el síntoma de superficie (la conducta perfeccionista o el miedo al escenario) resulta ineficiente si no se desmonta la estructura que lo sostiene. La PPCD reporta resultados clínicos favorables para flexibilizar la personalidad y resolver focos traumáticos profundos, permitiendo que el paciente no solo mejore su funcionamiento clínico global, sino que recupere su capacidad adaptativa en entornos de alta presión social y profesional.

Evidencia General sobre Terapias Dinámicas Experienciales

Para cerrar la síntesis de resultados, se consideran los hallazgos de la revisión sistemática y metaanálisis de Lilliengren et al. (2025), dado que constituye una de las fuentes de evidencia empírica más amplias incluidas en esta revisión sobre terapias dinámicas experienciales. Este estudio agrupa 57 ensayos controlados aleatorizados, abarcando una cohorte de más de 4300 pacientes, y evalúa específicamente la eficacia de las Terapias Dinámicas Experienciales (EDTs), un modelo representativo de la PPCD focalizado en el afecto.

El análisis de esta vasta muestra clínica consolida empíricamente la premisa transdiagnóstica observada en los estudios primarios de los ejes anteriores (somático, emocional y de personalidad). La revisión general concluye que la psicopatología, con independencia de su etiqueta diagnóstica categorial, se sostiene sistemáticamente mediante el bloqueo defensivo de las emociones y la evitación experiencial. Al emplear una técnica activa dirigida a facilitar el

procesamiento del afecto reprimido dentro de la sesión, la PPCD muestra efectos de gran magnitud clínica en la reducción global de los síntomas psiquiátricos y somáticos.

A modo de cierre integral para esta síntesis de resultados, la convergencia entre estudios de caso de alta resolución, ensayos clínicos aleatorizados y evidencia meta-analítica aporta evidencia relevante a favor del modelo. Los hallazgos sugieren que la eficacia de la psicoterapia psicodinámica de corta duración no radica en la creación de múltiples manuales para cada trastorno específico, sino en su capacidad de intervenir directamente sobre la arquitectura transdiagnóstica compartida, al desarticular este núcleo, el paciente podría lograr una remisión sintomática profunda y funcionalmente sostenida.

Discusión

La presente investigación se propuso sistematizar la evidencia científica sobre las aplicaciones transdiagnósticas de la psicoterapia psicodinámica de corta duración (PPCD). Tras el análisis de los resultados, se procede a la triangulación de los hallazgos con el marco referencial, permitiendo una comprensión integrada de cómo las intervenciones dinámicas modifican los mecanismos nucleares de la psicopatología contemporánea.

El Cuerpo como Escenario: Análisis del Espectro Somático

Uno de los hallazgos más robustos de esta revisión es la eficacia de la PPCD en el tratamiento de trastornos donde el conflicto psíquico se manifiesta a través de la vía somática. Los resultados de Shafiei et al. (2024) y Town et al. (2024) sobre el Síndrome de Intestino Irritable y síntomas físicamente injustificados respaldan la premisa de Alexander y French (1946) respecto a la importancia de la experiencia emocional correctiva. La evidencia sugiere que la remisión de síntomas físicos no es producto de una intervención médica, sino de la desactivación de mecanismos de defensa inmaduros, específicamente la represión y la inhibición crónica de la ira (anger-in).

Al contrastar esto con la teoría de la desregulación emocional de Gratz y Roemer (2004), se observa que la somatización opera como un sustituto de la claridad emocional. En los pacientes evaluados, la dificultad para identificar y describir estados internos —alexitimia— actúa como un motor transdiagnóstico que satura los servicios de salud. La aplicación de modelos intensivos como la ISTDP sugiere que, al forzar el procesamiento del afecto bloqueado dentro del encuadre terapéutico, se restaura la afectividad mentalizada (Jurist, 2018/2022). Esto sugiere que la PPCD actúa como un puente entre la descarga orgánica y la representación simbólica, permitiendo que el paciente recupere la agencia sobre su propio cuerpo.

De la Actuación al Pensamiento: Impulsividad y Mentalización

El segundo eje de análisis revela una correspondencia crítica entre la reducción de conductas autolesivas y el fortalecimiento de la función reflexiva. La literatura de Bateman y Fonagy (2016) postula que el colapso de la mentalización deriva en modos de funcionamiento no mentalizado, donde el malestar interno exige una acción física para ser validado. Los resultados de Witt et al. (2021) corroboran que las intervenciones psicodinámicas focalizadas disminuyen la repetición de autolesiones al facilitar la transición desde el acting out hacia la simbolización verbal.

Sin embargo, el contraste analítico con el estudio de Calderon et al. (2022) introduce una precisión técnica fundamental: la capacidad basal de mentalización funciona como un moderador del éxito terapéutico. Esto implica que la PPCD no debe aplicarse de forma indiscriminada. Para sujetos con una fragilidad estructural severa, el clínico debe priorizar el fortalecimiento de la base segura (Mikulincer y Shaver, 2012) antes de interpretar conflictos inconscientes profundos. Esta distinción es vital para la práctica clínica, pues sugiere que el tratamiento de la impulsividad transdiagnóstica requiere una estratificación técnica basada en el nivel de funcionamiento del self propuesto por Kernberg (1984).

Rigidez Defensiva: Perfeccionismo y Heridas de Apego

En relación con el perfeccionismo desadaptativo y la ansiedad por desempeño, los hallazgos de Babaei et al. (2022) y Kenny (2025) permiten inferir que estos cuadros no son rasgos inmutables, sino defensas rígidas frente a la vulnerabilidad narcisista. El análisis de los resultados muestra que, tanto en formatos grupales como individuales, la mejoría clínica ocurre cuando se flexibiliza el superyó punitivo.

Al triangular estos datos con la teoría de Hewitt y Flett (1991), se observa que la hiperexigencia funciona como una armadura defensiva contra el miedo al rechazo o al abandono temprano. La PPCD aporta evidencia de ser una herramienta eficaz para desmontar estos

estándares inalcanzables al trabajar directamente sobre la transferencia. El hecho de que la resolución de un trauma de apego en músicos profesionales (Kenny, 2025) elimine síntomas de pánico y fobia social aporta evidencia a la premisa transdiagnóstica central: tratar la conducta superficial es ineficiente si no se interviene sobre el motor que la sostiene.

Hacia un Abordaje Clínico Basado en Mecanismos

Finalmente, la jerarquía empírica aportada por el metaanálisis de Lilliengren et al. (2025) consolida la transición paradigmática defendida por Sandín et al. (2012). La magnitud del efecto observada en diversas poblaciones clínicas sugiere que la forma tradicional de clasificar trastornos mediante etiquetas únicas ha alcanzado un límite en su utilidad funcional. La PPCD, al definirse como un término paraguas que alberga protocolos orientados al afecto, se posiciona como una alternativa clínica relevante para abordar la comorbilidad compleja.

La integración de la evidencia permite concluir que el cambio estructural en psicoterapia es posible cuando el foco se desplaza hacia los procesos etiopatogénicos compartidos: el apego, las defensas y la mentalización. Esta visión podría contribuir a superar parcialmente la fragmentación del diagnóstico descriptivo del DSM-5-TR y propone un abordaje unificado que prioriza la salud mental global del individuo. Algunos hallazgos sugieren que la estabilidad de los resultados a largo plazo indica que al modificar la arquitectura transdiagnóstica, la PPCD no solo podría contribuir a la remisión del síntoma actual, sino que entrega recursos internos duraderos frente a futuras crisis vitales.

Conclusiones

En cumplimiento del primer objetivo específico, el mapeo de la literatura permitió sistematizar los constructos teóricos psicodinámicos que operan como procesos transdiagnósticos. Se identificó que la investigación actual sitúa la base de la psicopatología en tres núcleos de vulnerabilidad compartida: los déficits en la capacidad de mentalización (ej. alexitimia), las alteraciones en los patrones de apego (ej. ansiedad de separación) y la rigidez de los mecanismos de defensa (ej. inhibición de la ira y perfeccionismo desadaptativo). La revisión sugiere que estos procesos actúan como factores transversales que trascienden las etiquetas diagnósticas categoriales.

Respecto al segundo objetivo específico, se logró clasificar los modelos de la psicoterapia psicodinámica de corta duración (PPCD). Se identificaron protocolos con aplicaciones específicas según el predominio del mecanismo afectado: la Psicoterapia Dinámica Intensiva de Corta Duración (ISTDP) para el abordaje de la somatización y la resistencia; la Psicoterapia Psicodinámica Centrada en el Pánico de Rango Extendido (PFPP-XR) para núcleos de apego inseguro; y la Psicoterapia Psicoanalítica a Corto Plazo (STPP) junto a las Terapias Dinámicas Experienciales (EDTs) para la mejora de la función reflexiva y el procesamiento afectivo profundo.

Finalmente, en respuesta al objetivo general, esta revisión permitió identificar una base de evidencia relevante, aunque heterogénea, sobre las aplicaciones transdiagnósticas de la PPCD para los trastornos mentales. La sistematización de los hallazgos sugiere que la intervención sobre los núcleos etiopatogénicos compartidos (apego, mentalización y defensas), muestra resultados favorables para el abordaje de la comorbilidad compleja en tres grandes áreas: el espectro somático, el emocional-impulsivo y los perfiles de rigidez y alto desempeño. En conclusión, la evidencia disponible señala que la PPCD ofrece un marco de intervención

unificado que responde a la heterogeneidad de la clínica contemporánea, favoreciendo cambios clínicos relevantes y reducción sintomática.

Limitaciones y recomendaciones

En el desarrollo de esta revisión, se identificaron limitaciones metodológicas como la heterogeneidad de los estudios incluidos, debido a la coexistencia de metaanálisis de gran escala y reportes de caso único, lo que dificultó la generalización uniforme de los resultados. Asimismo, se observa un sesgo de especialización, ya que la mayoría de las investigaciones se realizaron en centros especializados, lo que podría limitar la validez externa en contextos de atención primaria. Por último, el tamaño reducido de algunas muestras específicas restringe la posibilidad de asegurar que estos cambios en los mecanismos transdiagnósticos se repliquen de igual forma en toda la población clínica.

A partir de esto, se recomienda promover el uso y evaluación de protocolos manualizados en futuras investigaciones para favorecer la comparabilidad de los estudios y fortalecer el nivel de evidencia. Es necesario también orientar esfuerzos hacia la evaluación de la PPCD en servicios de salud pública y comunitaria, verificando si el modelo mantiene su efectividad fuera de los entornos académicos controlados. Finalmente, se sugiere desarrollar estudios longitudinales con muestras más amplias que permitan validar si la resolución de los traumas de apego y la flexibilización de las defensas son cambios estables a largo plazo, asegurando así que las intervenciones transdiagnósticas cuenten con un respaldo empírico robusto y aplicable a la práctica clínica cotidiana.

Referencias

- Abbass, A. (2015). *Reaching through resistance: Advanced psychotherapy techniques*. Seven Leaves Press.
- Abbass, A., y Town, J. M. (2025). Intensive short-term dynamic psychotherapy for complex, chronic, and treatment-resistant conditions. *American Journal of Psychotherapy*, 78(3), 160–166. <https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.20240024>
- Ahmadvand Shahverdi, Z., Dehghani, M., Ashouri, A., Manouchehri, M., y Mohebi, N. (2024). Effectiveness of intensive short-term dynamic psychotherapy for tension-type headache (TTH): A randomized controlled trial of effects on emotion regulation, anger, anxiety, and TTH symptom severity. *Acta Psychologica*, 244, 104176. <https://doi.org/10.1016/j.actpsy.2024.104176>
- Alexander, F., y French, T. M. (1946). *Psychoanalytic therapy: Principles and application*. Ronald Press.
- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed., text rev.)*. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787>
- Babaei, S., Dehghani, M., Lavasani, F. F., Ashouri, A., y Mohamadi, L. (2022). The effectiveness of short-term dynamic/interpersonal group therapy on perfectionism; assessment of anxiety, depression and interpersonal problems. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome*, 25(3), 327–338. <https://doi.org/10.4081/ripppo.2022.656>
- Barlow, D. H., Farchione, T. J., Bullis, J. R., Gallagher, M. W., Murray-Latin, H., Cassiello-Robbins, C., Boettcher, H. T., Sauer-Zavala, S., Brown, T. A., y Thompson-Hollands, J. (2017). *Unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: Therapist guide* (2nd ed.). Oxford University Press.

- Bateman, A., y Fonagy, P. (2016). *Mentalization-based treatment for personality disorders: A practical guide*. Oxford University Press.
- 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.3.2012.11840>
- Bernardi, R., Defey, D., Garbarino, A., Tutté, J. C., y Villalba, L. (2004). Guía clínica para la psicoterapia. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 68(2), 99–146.
http://www.spu.org.uy/revista/dic2004/02_guia.pdf
- Blatt, S. J. (2008). *Polarities of experience: Relatedness and self-definition in personality development, psychopathology, and the therapeutic process*. American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/11749-000>
- Calderon, A., Hooper Storeide, K. A., Elvejord, C., Nissen-Lie, H. A., Ulberg, R., y Dahl, H.-S. J. (2022). Examining psychotherapeutic processes with depressed adolescents: A comparative study of two psychodynamic therapies. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(24), 16939.
<https://doi.org/10.3390/ijerph192416939>
- Dalgleish, T., Black, M., Johnston, D., y 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>
- Di Salvo, G., Bianco, M., Teobaldi, E., Maina, G., y Rosso, G. (2022). A psychoanalytic-derived brief psychotherapeutic approach in the treatment of major depression: Monotherapy studies. *Medicina*, 58(10), 1335. <https://doi.org/10.3390/medicina58101335>

- Echeburúa, E., Salaberría, K., y Cruz-Sáez, M. (2014). Aportaciones y limitaciones del DSM-5 desde la Psicología Clínica. *Terapia Psicológica*, 32(1), 65–74.
<https://doi.org/10.4067/S0718-48082014000100007>
- Elliott, R., Greenberg, L. S., y Lietaer, G. (2004). Research on experiential therapies. En M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5th ed., pp. 493–539). Wiley.
- Fernández, O. M., Pérez, C., Gloger, S., y Krause, M. (2009). Cuatro terapias psicodinámicas breves exitosas estudiadas a través de los indicadores genéricos de cambio. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 18(1), 5–19.
<https://www.redalyc.org/pdf/2819/281921800001.pdf>
- Gratz, K. L., y Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26(1), 41–54. <https://doi.org/10.1023/B:JOBA.0000007455.08539.94>
- Hayes, S. C., Wilson, K. G., Gifford, E. V., Follette, V. M., y Strosahl, K. (1996). Experiential avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(6), 1152–1168.
<https://doi.org/10.1037/0022-006X.64.6.1152>
- Hewitt, P. L., y Flett, G. L. (1991). Perfectionism in the self and social contexts: Conceptualization, assessment, and association with psychopathology. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60(3), 456–470. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.60.3.456>

- Hollon, S. D., y Beck, A. T. (2004). Cognitive and cognitive behavioral therapies. En M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5th ed., pp. 447–492). Wiley.
- Insel, T., Cuthbert, B., Garvey, M., Heinssen, R., Pine, D. S., Quinn, K., Sanislow, C., y 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.2010.10020198>
- Jiménez-Orenga, N., Miguel, C., González-Robles, A., Fernández-Álvarez, J., Grimaldos, J., Bretón-López, J., Botella, C., Cuijpers, P., García-Palacios, A., Papola, D., Quero, S., Riper, H., y Díaz-García, A. (2025). Transdiagnostic psychological interventions for emotional disorders: A comprehensive meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, *388*, Artículo 119537. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2025.119537>
- Jurist, E. L. (2022). *Mentalizando las emociones: Identificar, modular y expresar sentimientos*. Desclée De Brouwer. (Obra original publicada en 2018).
- Kenny, D. (2025). Psychotherapeutic treatment of attachment trauma in musicians with severe music performance anxiety. *Behavioral Sciences*, *15*(9), 1270.
<https://doi.org/10.3390/bs15091270>
- Kernberg, O. F. (1984). *Severe personality disorders: Psychotherapeutic strategies*. Yale University Press.
- Leichsenring, F., Abbass, A., Heim, N., Keefe, J. R., Luyten, P., Rabung, S., y Steinert, C. (2022). Empirically supported psychodynamic psychotherapy for common mental disorders—An update applying revised criteria: Systematic review protocol. *Frontiers in Psychiatry*, *13*, 976885. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.976885>

- Leichsenring, F., Abbass, A., Heim, N., Keefe, J. R., Kisely, S., Luyten, P., Rabung, S., y Steinert, C. (2023). The status of psychodynamic psychotherapy as an empirically supported treatment for common mental disorders – an umbrella review based on updated criteria. *World Psychiatry*, 22(2), 286–304. <https://doi.org/10.1002/wps.21104>
- Leichsenring, F., y Steinert, C. (2018). Towards an evidence-based unified psychodynamic protocol for emotional disorders. *Journal of Affective Disorders*, 232, 400–413. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.02.062>
- Leserre, D. (2023). Psicoanálisis y ciencia. El lugar de la ciencia en la enseñanza de Lacan. *Desde el Jardín de Freud*, (23), 115–131. <https://doi.org/10.15446/djf.n23.102213>
- Lilliengren, P., Mechler, J., Lindqvist, K., Maroti, D., y Johansson, R. (2025). The efficacy of experiential dynamic therapies: A 10-year systematic review and meta-analysis update. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 32, e70086. <https://doi.org/10.1002/cpp.70086>
- Mikulincer, M., y Shaver, P. R. (2012). An attachment perspective on psychopathology. *World Psychiatry*, 11(1), 11–15. <https://doi.org/10.1016/j.wpsyc.2012.01.003>
- Milrod, B., Chambless, D. L., Gallop, R., Busch, F. N., Schwalberg, M., McCarthy, K. S., y Barber, J. P. (2016). Psychotherapies for panic disorder: A tale of two sites. *Journal of Clinical Psychiatry*, 77(7), 927–935. <https://doi.org/10.4088/JCP.14m09572>
- Ministerio de Salud Pública. (2012). *Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud, décima revisión (CIE-10)*. Dirección Nacional de Normatización.
- Newby, J. M., McKinnon, A., Kuyken, W., Gilbody, S., y Dalgleish, T. (2015). Systematic review and meta-analysis of transdiagnostic psychological treatments for anxiety and depressive disorders in adults. *Clinical Psychology Review*, 40, 91–110. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.06.002>

- Ortiz-Tallo, M. (2019). *Psicopatología clínica: Adaptado al DSM-5*. Ediciones Pirámide.
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., ... Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*, *372*, Article n71. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
- Panksepp, J. (2004). *Affective neuroscience: The foundations of human and animal emotions*. Oxford University Press.
- Romeo, A., Di Tella, M., Perutelli, V., Galli, F., Geminiani, G. C., y Castelli, L. (2025). A randomised pilot study comparing brief psychodynamic therapy with cognitive-behavioural therapy in the treatment of patients with fibromyalgia. *Journal of Psychiatric Research*, *190*, 145–153. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2025.07.037>
- Sandín, B., Chorot, P., y Valiente, R. M. (2012). Transdiagnóstico: nueva frontera en psicología clínica. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, *17*(3), 185–203. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.17.num.3.2012.11839>
- Sauer-Zavala, S., Cassiello-Robbins, C., Robbins, W. R., y Kennedy, K. A. (2017). The Unified Protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: A review of the evidence and future directions. *Clinical Psychology: Science and Practice*, *24*(1), 35–53. <https://doi.org/10.1111/cpsp.12187>
- Sexton, T. L., Alexander, J. F., y Mease, A. L. (2004). Levels of evidence for the models and mechanisms of therapeutic change in family and couple therapy. En M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5th ed., pp. 590–646). Wiley.

- Shafiei, F., Dehghani, M. M., Lavasani, F. F., Manouchehri, M. M., y Mokhtare, M. (2024). Intensive short-term dynamic psychotherapy for irritable bowel syndrome: A randomized controlled trial examining improvements in emotion regulation, defense mechanisms, quality of life, and IBS symptoms. *Frontiers in Psychology, 15*, 1293150. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2024.1293150>
- Shedler, J. (2024). That was then, this is now: An introduction to contemporary psychodynamic psychotherapy. En Y. Shapiro (Ed.), *Psychodynamic psychotherapy: A global perspective* (pp. 3–29). Nova Science Publishers.
- Town, J. M., Abbass, A., y Campbell, S. (2024). Halifax somatic symptom disorder trial: A pilot randomized controlled trial of intensive short-term dynamic psychotherapy in the emergency department. *Journal of Psychosomatic Research, 187*, Artículo 111889. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2024.111889>
- Tricco, A. C., Lillie, E., Zarin, W., O'Brien, K. K., Colquhoun, H., Levac, D., Moher, D., Peters, M. D. J., Horsley, T., Weeks, L., Hempel, S., Akl, E. A., Chang, C., McGowan, J., Stewart, L., Hartling, L., Aldcroft, A., Wilson, M. G., Garritty, C., ... Straus, S. E. (2018). PRISMA extension for scoping reviews (PRISMA-ScR): Checklist and explanation. *Annals of Internal Medicine, 169*(7), 467–473. <https://doi.org/10.7326/M18-0850>
- Vornholt, P., y Mewes, R. (2021). Poor separation of clinical symptom profiles by DSM-5 disorder criteria. *Frontiers in Psychiatry, 12*, 775762. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.775762>
- Wachtel, P. L. (2017). Attachment theory and clinical practice: A cyclical psychodynamic vantage point. *Psychoanalytic Inquiry, 37*(5), 332–342. <https://doi.org/10.1080/07351690.2017.1322431>

- Widiger, T. A., y Samuel, D. B. (2005). Diagnostic categories or dimensions? A question for the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders—Fifth Edition. *Journal of Abnormal Psychology, 114*(4), 494–504. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.114.4.494>
- Witt, K. G., Hetrick, S. E., Rajaram, G., Hazell, P., Taylor Salisbury, T. L., Townsend, E., y Hawton, K. (2021). Psychosocial interventions for self-harm in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews, (4)*. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD013668.pub2>
- Yilmaz, M., Türkarlan, K. K., Zanini, L., Hasdemir, D., Spitoni, G. F., y Lingardi, V. (2024). Transference interpretation and psychotherapy outcome: A systematic review of a no-consensus relationship. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome, 27*(1), 744. <https://doi.org/10.4081/ripppo.2024.744>

Anexos***Anexo 1***

<https://drive.google.com/drive/u/0/folders/1I6dkOqHjyP5yYUsX7UeReTW117TU2It3>