

De categorías a conexiones: la psicopatología desde la teoría de redes

*From categories to connections: psychopathology
from network theory*

*De categorias a conexões: a psicopatologia a partir
da teoria de redes*

Johnnathan Albeiro Morales Salazar¹
Jorge Alberto Velásquez Castrillón²
Juliana Valentina Marín López³

Recibido: 28 de marzo del 2025

Aprobado: 22 de mayo de 2026

Publicado: 30 de junio de 2026

Cómo citar este artículo:

Morales Salazar, J. A., Velásquez Castrillón, J. A. y Marín López, J. V. (2026).
De categorías a conexiones: la psicopatología desde la teoría de redes.
Pensando Psicología, 22(1), 1-32.
doi: <https://doi.org/10.16925/2382-3984.2026.01.02>

Artículo de investigación. <https://doi.org/10.16925/2382-3984.2026.01.02>

¹ Psicólogo y magíster (c) en Innovación Educativa del Politécnico Grancolombiano.
Correo electrónico: jomorales13@poligran.edu.co

ORCID: <https://orcid.org/0009-0009-7218-0323>

² Filósofo de la Universidad Pontificia Bolivariana, psicólogo de la Universidad Católica
Luis Amigó, magíster en Psicoterapia de la Universidad Pontificia Bolivariana, Ph.D.
(c) en Psicología de la Universidad de San Buenaventura y Docente del Politécnico
Grancolombiano.

Correo electrónico: jovelasq@poligran.edu.co

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7098-9529>

³ Psicóloga del del Politécnico Grancolombiano.
Correo electrónico: jumarin11@poligran.edu.co

ORCID: <https://orcid.org/0009-0001-1731-6285>



Resumen

El estudio de los trastornos mentales ha dado lugar a la formulación de diversos sistemas clasificatorios, entre ellos los modelos categoriales y dimensionales. Sin embargo, estos enfoques pueden verse influenciados por modelos teóricos dominantes, la proliferación de diagnósticos y la comorbilidad sintomática, lo que puede sesgar el proceso diagnóstico y afectar la eficacia de las intervenciones clínicas. En este contexto, el presente artículo expone la teoría de redes de síntomas como un enfoque innovador que posibilita un diagnóstico y tratamiento más precisos y personalizados. Desde esta perspectiva, se plantea que los síntomas no constituyen únicamente manifestaciones de un trastorno subyacente, sino que interactúan de manera dinámica formando una red compleja.

Este modelo facilita la comprensión de la comorbilidad y de la evolución de los trastornos mentales, al integrar elementos de los enfoques categorial y dimensional. Asimismo, permite identificar los síntomas centrales o más influyentes en la perpetuación de los trastornos, lo que podría contribuir a optimizar las intervenciones terapéuticas. Finalmente, se propone una nueva hipótesis para la comprensión y el abordaje de la teoría de redes, con el fin de ampliar su alcance explicativo e integrador, considerando aspectos como la migración diagnóstica y su articulación con la terapia cognitivo-conductual.

Palabras clave: diagnóstico, psicopatología, síntomas, salud mental, modelo categorial, modelo dimensional, teoría de redes de síntomas.

Abstract

The study of mental disorders has led to the formulation of various classification systems, including categorical and dimensional models. However, these approaches may be influenced by dominant theoretical models, the proliferation of diagnoses, and symptomatic comorbidity, which can bias the diagnostic process and affect the effectiveness of clinical interventions. In this context, the present article presents symptom network theory as an innovative approach that enables more precise and personalized diagnosis and treatment. From this perspective, symptoms are not viewed solely as manifestations of an underlying disorder, but rather as dynamically interacting elements that form a complex network.

This model facilitates the understanding of comorbidity and the evolution of mental disorders by integrating elements of the categorical and dimensional approaches. Likewise, it makes it possible to identify the central or most influential symptoms in the perpetuation of disorders, which could contribute to optimizing therapeutic interventions. Finally, a new hypothesis is proposed for the understanding and application of network theory, with the aim of expanding its explanatory and integrative scope, considering aspects such as diagnostic migration and its articulation with cognitive-behavioral therapy.

Keywords: Diagnosis, psychopathology, symptoms, mental health, categorical model, dimensional model, symptom network theory.

Resumo

O estudo dos transtornos mentais deu origem à formulação de diversos sistemas classificatórios, entre eles os modelos categorial e dimensional. No entanto, essas abordagens podem ser influenciadas por modelos teóricos dominantes, pela proliferação de diagnósticos e pela comorbidade sintomática, o que pode enviesar o processo diagnóstico e afetar a eficácia das intervenções clínicas. Nesse contexto, o presente artigo apresenta a teoria das redes de sintomas como uma abordagem inovadora que possibilita um diagnóstico e tratamento mais precisos e personalizados. Sob essa perspectiva, os sintomas não constituem apenas manifestações de um transtorno subjacente, mas interagem de maneira dinâmica formando uma rede complexa.

Esse modelo facilita a compreensão da comorbidade e da evolução dos transtornos mentais ao integrar elementos das abordagens categorial e dimensional. Além disso, permite identificar os sintomas centrais ou mais influentes na perpetuação dos transtornos, o que pode contribuir para a otimização das intervenções terapêuticas. Por fim, propõe-se uma nova hipótese para a compreensão e a aplicação da teoria das redes, com o objetivo de ampliar seu alcance explicativo e integrador, considerando aspectos como a migração diagnóstica e sua articulação com a terapia cognitivo-comportamental.

Palavras-chave: diagnóstico, psicopatologia, sintomas, saúde mental, modelo categorial, modelo dimensional, teoria das redes de sintomas.

Hacia un nuevo paradigma en psicopatología

La clasificación de los trastornos mentales ha evolucionado a partir de los avances en la comprensión de las alteraciones psicopatológicas, dando lugar al desarrollo de diversas perspectivas que permiten un abordaje más integral del creciente número de trastornos mentales. Estas perspectivas contribuyen a explicar las distintas alteraciones conductuales, emocionales y psicológicas, además de facilitar la evaluación y aplicación de criterios diagnósticos y terapéuticos (Duero, 2013; Gómez, 2015).

La psicopatología ha sido ampliamente estudiada a lo largo de la historia desde enfoques científicos, culturales, ideológicos y espirituales, hasta consolidarse como un campo orientado a comprender las alteraciones en la cognición, las emociones y la conducta. Dado que la psicopatología no se refiere a afecciones físicas, su comprensión puede resultar compleja, lo que ha propiciado la creación de diversos sistemas clasificatorios que facilitan un abordaje más adecuado de los trastornos mentales (Belloch et al., 2020; Gómez, 2015; Mayaca et al., 2018; Peña, 2018).

La clasificación de los trastornos mentales constituye una de las características fundamentales de la psicopatología, ya que permite organizar la información clínica en categorías, lo que facilita la comunicación entre los profesionales de la salud y mejora la predicción de la evolución de los trastornos. Además, contribuye a la selección del tratamiento más adecuado y a la implementación de estrategias terapéuticas acordes con las necesidades del paciente (Mayaca et al., 2018; Pérez, 2017). No obstante, este proceso de clasificación puede verse influenciado por los modelos teóricos predominantes en la formación de los profesionales, lo que puede llevar a centrar la atención en determinados aspectos considerados relevantes desde una perspectiva específica, mientras se relegan otros factores potencialmente importantes para la comprensión del caso y la intervención clínica (Gamba et al., 2020).

Este artículo tiene como objetivo explorar una propuesta emergente que ha adquirido un creciente interés en la investigación contemporánea y que plantea nuevos paradigmas clasificatorios en psicopatología. Sin desestimar los modelos diagnósticos tradicionales, se pretende analizar su efectividad, las herramientas digitales que pueden emplearse para su implementación, sus aplicaciones clínicas y los aportes que esta perspectiva puede ofrecer al panorama actual de la psicopatología.

Modelos tradicionales

Cuando se aborda la clasificación psicopatológica, destacan dos grandes modelos: el categorial y el dimensional. El *modelo categorial* surge a partir de los planteamientos de Wundt y Kraepelin, quienes centraron sus estudios en el análisis de los síntomas, los signos, la etiología, la patogenia y la evolución de la enfermedad mental. Este enfoque propone una categorización basada en el curso de los trastornos, sus consecuencias y la agrupación de la sintomatología observada. Posteriormente, y en parte como respuesta a algunas de las limitaciones del modelo categorial, surgió el *enfoque dimensional*, influenciado por los planteamientos del psicoanálisis. Este modelo concibe los trastornos en función de su grado de severidad y otorga especial relevancia a los factores biológicos y ambientales implicados en su origen y desarrollo (Gómez, 2015; González *et al.*, 2018; González y Álvarez, 2022; Pacheco *et al.*, 2015; Peña, 2018).

Modelo diagnóstico categorial

Considera a los trastornos mentales desde una perspectiva bidireccional de la presencia o ausencia de los síntomas, se encuentra orientado en las realidades subyacentes del malestar, con la finalidad de establecer categorías que permitan describir su existencia y, en este sentido, ofrecer al paciente un diagnóstico que le identifique, tal y como se muestra en la figura 1 (Blanco *et al.*, 2019).

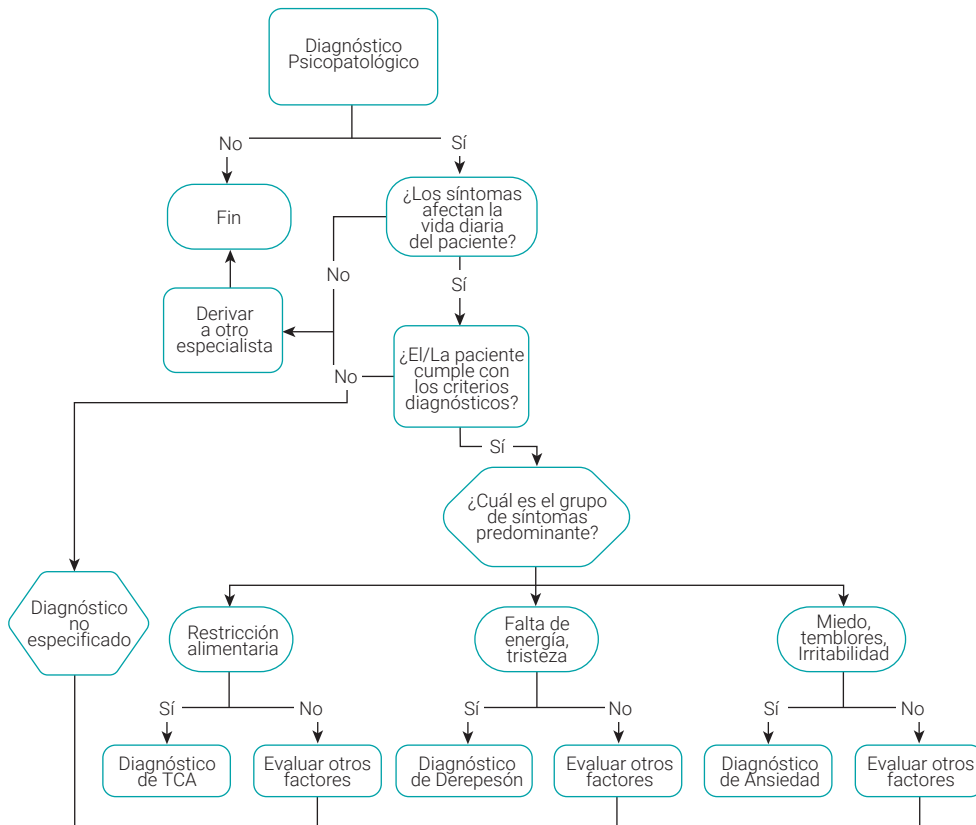


Figura 1. Esquema modelo categorial trastornos mentales

Fuente: elaborado a partir de los aportes de Sandín *et al.* (2012).

Este modelo diagnóstico es el empleado de manera predominante por los manuales clasificatorios, por lo que los trastornos mentales se identifican a partir de categorías diagnósticas o grupos de categorías delimitados por características específicas, según el conjunto de síntomas y la conceptualización clínica correspondiente (Pérez, 2017). No obstante, ha recibido fuertes críticas relacionadas con la fiabilidad y validez de clasificar a un paciente dentro de un único diagnóstico, especialmente cuando este puede compartir sintomatología con otros trastornos (Blanco *et al.*, 2019).

Modelo diagnóstico dimensional

Este modelo analiza el conjunto de características diagnósticas de acuerdo con la gravedad y los efectos que estas tienen sobre la persona, desde una visión bidireccional de los factores biológicos y ambientales. Asimismo, otorga mayor relevancia a la conducta como resultado de la interacción entre dichos factores y no únicamente

de la herencia genética, considerando además su evolución a lo largo del ciclo vital. De esta manera, centra su atención en la intensidad de los síntomas y del trastorno más que en la etiqueta diagnóstica, a diferencia del modelo categorial, y descarta una visión dicotómica basada en la distinción entre normalidad y anormalidad (Jiménez, 2021; Vásquez *et al.*, 2014).



Figura 2. Esquema diagnóstico dimensional

Fuente: elaborado a partir de los aportes brindados por Barlow *et al.* (2004); Gamba *et al.* (2020) y Hernández *et al.* (2011).

El enfoque dimensional parte de la información subjetiva derivada de las experiencias sintomáticas descritas por el paciente, en estrecha relación con la interpretación realizada por el profesional (American Psychiatric Association [APA], 2022). A partir de ello, se generan hipótesis de intervención y se emplean diversos instrumentos de evaluación orientados a describir las dimensiones psicológicas asociadas con la problemática identificada. Este enfoque permite vincular los factores causales y sus consecuencias con las vivencias, predisposiciones y vulnerabilidades del individuo, así como con los problemas actuales que experimenta, como se muestra en la figura 2 (Jiménez, 2021; Vásquez *et al.*, 2014).

Inconvenientes de los modelos diagnósticos

Uno de los aspectos más cuestionados del modelo categorial es la comorbilidad, ya que puede generar dificultades en el proceso diagnóstico y favorecer la proliferación de nuevas categorías diagnósticas (Sandín, 2014). Asimismo, se ha señalado que este enfoque tiende a relegar las experiencias subjetivas del paciente (González *et al.*, 2018), alejándose de la concepción inicial de los trastornos mentales como respuestas a los problemas de la vida expresadas en distintas dimensiones y de la idea de que su identificación podía realizarse a partir de un número reducido de criterios diagnósticos (Pérez, 2017).

Por su parte, el modelo dimensional representa una alternativa importante para incorporar los aspectos subsindrómicos de las patologías. Esta propuesta surge, en gran medida, como respuesta a las limitaciones del modelo categorial, entre las que destacan la necesidad de categorías intermedias, las elevadas tasas de comorbilidad, el uso frecuente de diagnósticos residuales o no especificados, la dificultad para identificar antecedentes relevantes en muchas alteraciones mentales y la falta de especificidad en el tratamiento de diversos diagnósticos (APA, 2022).

Sin embargo, a pesar de los beneficios que ofrecen estos modelos, también presentan diversas limitaciones. Entre ellas se encuentra la *comorbilidad*, entendida como la coexistencia de múltiples diagnósticos en un mismo paciente, lo que puede dificultar la intervención clínica. Asimismo, se ha señalado la *falta de individualización*, ya que con frecuencia se prioriza la clasificación de los síntomas dentro de categorías diagnósticas predefinidas en lugar de desarrollar un abordaje personalizado. Finalmente, se destaca la *carencia de explicaciones mecanicistas*, dado que estos modelos no suelen esclarecer las relaciones causales ni la interacción entre los síntomas (Duero, 2013; Gómez, 2015; González y Álvarez, 2022).

Estas limitaciones también representan un obstáculo para el estudio de los trastornos mentales, ya que restringen el desarrollo de estrategias eficaces de intervención y prevención en psicopatología (Fonseca, 2017). Como consecuencia, ha aumentado la insatisfacción con los sistemas diagnósticos tradicionales, cuestionándose cada vez más su exactitud y validez clínica. En algunos casos, ello puede derivar en visiones estigmatizantes de la situación del paciente, ignorar la evolución clínica del trastorno y aumentar la vulnerabilidad a desarrollar nuevas psicopatologías de manera concomitante (González *et al.*, 2018).

Ante este panorama, se ha planteado la necesidad de concebir la enfermedad mental como una expresión vinculada a la identidad y experiencia particular de cada

individuo, centrándose en su esencia y no únicamente en los aspectos biológicos, dado que las etiquetas diagnósticas no logran abarcar la complejidad del ser humano (Gómez, 2015). En este sentido, se propone priorizar al paciente mediante un abordaje empático y ateórico (Gamba *et al.*, 2020), que permita superar algunas de las limitaciones derivadas de la interpretación del discurso clínico, sin desconocer la importancia de identificar y denominar la sintomatología. De esta manera, se favorece una atención más ajustada a las necesidades de salud y bienestar mental de cada persona, considerando aspectos como la personalidad, el sistema de creencias, las experiencias previas y las emociones (Duero, 2013; Gamba *et al.*, 2020). Desde esta perspectiva transdiagnóstica, se busca identificar una red de factores esenciales que sirva de base para ofrecer diagnósticos más precisos y comprensivos.

El transdiagnóstico

El modelo transdiagnóstico es considerado un enfoque innovador en el ámbito de la salud mental. Surge como respuesta a las limitaciones atribuidas al diagnóstico psicopatológico tradicional, al uso excesivo de medicamentos en los tratamientos y a los altos niveles de comorbilidad presentes en los trastornos mentales (González *et al.*, 2018; Sandín, 2014). Este modelo se orienta a la comprensión de la enfermedad mental a partir de los procesos etiopatogénicos, es decir, de las causas y mecanismos que originan y mantienen una determinada alteración psicológica (Avendaño *et al.*, 2018), integrando elementos tanto del modelo categorial como del dimensional (Gómez, 2015).

El origen del concepto de transdiagnóstico suele atribuirse a Fairburn y colaboradores (2003), a partir de sus estudios sobre los trastornos de la conducta alimentaria. Posteriormente, Norton y su equipo (2004) ampliaron esta perspectiva mediante investigaciones clínicas con pacientes que presentaban trastornos de ansiedad y depresión, centrándose en la identificación de procesos psicopatológicos nucleares comunes. Estos planteamientos se apoyan, a su vez, en las contribuciones de Barlow *et al.* (2004), quienes propusieron los conceptos de vulnerabilidad general y específica, así como una psicoterapia orientada a la intervención de los trastornos emocionales. Finalmente, Harvey *et al.* (2004, citados por Mirapeix y Fernández, 2018) consolidaron el concepto de transdiagnóstico al definir una serie de alteraciones en procesos psicológicos básicos que pueden manifestarse de manera transversal en distintos trastornos mentales.

El modelo transdiagnóstico no busca reemplazar el diagnóstico tradicional, sino trascender sus alcances al proponer una nueva perspectiva en el campo de

la salud mental. Para ello, procura superar algunas de las limitaciones del enfoque categorial e integrarlas con los aportes de la visión dimensional, facilitando nuevas estrategias para el abordaje de los problemas psicológicos mediante intervenciones individuales o grupales dirigidas a distintos trastornos que comparten elementos comunes (González *et al.*, 2018; Toro *et al.*, 2021). Un ejemplo de esta perspectiva es la teoría de redes de síntomas, propuesta por el psicólogo holandés Denny Borsboom.

Teoría de redes de síntomas

Esta propuesta de intervención constituye una aproximación novedosa dentro de los postulados transdiagnósticos y de la psicopatología contemporánea, ya que integra aportes de los modelos tradicionales. Desde esta perspectiva, los trastornos mentales se entienden como el resultado de una compleja interacción entre factores biológicos, psicológicos y sociales que conforman al individuo (Boer *et al.*, 2021; Borsboom, 2017; Fonseca, 2018). Se trata de un modelo con un marcado énfasis psicométrico que concibe los trastornos como el producto de relaciones causales entre los síntomas, los cuales se organizan en forma de red. Entre sus principales características se encuentran la interacción mutua de los síntomas, su activación por factores internos y externos, y la comprensión de la comorbilidad a partir de las relaciones existentes entre los distintos síntomas (Borsboom, 2017; Pérez, 2017).

Esta propuesta plantea el análisis de las relaciones entre los síntomas más relevantes de un trastorno mental, identificando los vínculos que se establecen entre ellos. Ello facilita la comprensión y el estudio de aspectos como la estabilidad, la variabilidad, la cercanía y la fortaleza de la sintomatología, así como de los factores que influyen en su desarrollo y evolución (Blanco *et al.*, 2019; Borsboom, 2017). Desde este enfoque, los síntomas no se consideran únicamente manifestaciones de una enfermedad mental subyacente, sino componentes de sistemas complejos que interactúan de manera causal y contribuyen a la aparición y mantenimiento del trastorno. De este modo, la teoría de redes ofrece una nueva forma de comprender y conceptualizar los trastornos mentales (Boer *et al.*, 2021; Borsboom y Cramer, 2013; Fonseca, 2018).

Borsboom (2017) propone cuatro principios fundamentales que estructuran la teoría de redes de los trastornos mentales.

- **Principio 1. Complejidad:** los trastornos mentales se comprenden mejor como el resultado de la interacción entre múltiples elementos dentro de una red psicopatológica. En lugar de ser causados por un único factor, emergen de relaciones dinámicas entre diversos síntomas.

- **Principio 2. Correspondencia síntoma-componente:** los elementos que conforman la red psicopatológica corresponden a los síntomas identificados y clasificados en los manuales diagnósticos, los cuales representan componentes fundamentales dentro de la red.
- **Principio 3. Conexiones causales directas:** la red de síntomas se estructura a partir de las conexiones causales directas entre ellos. En este sentido, la aparición de un síntoma puede influir en la probabilidad de que surjan otros síntomas relacionados, estableciendo vínculos dentro de la red psicopatológica.
- **Principio 4. Estructura en red de los trastornos mentales:** los trastornos mentales presentan una configuración estructurada en la que algunos síntomas se encuentran más interconectados que otros. Estas agrupaciones generan patrones clínicos específicos, debido a que los síntomas tienden a activarse y mantenerse mutuamente, dando lugar a la manifestación de distintos trastornos.

Estos principios sugieren que la aparición y persistencia de los trastornos mentales pueden explicarse mediante un proceso de propagación dentro de la red de síntomas. Cuando un síntoma se activa, ya sea por factores personales o contextuales, puede desencadenar la activación de otros síntomas vinculados. Como resultado, aquellos síntomas que mantienen conexiones más estrechas dentro de la red tienden a sincronizarse y formar conjuntos autosostenidos que favorecen el desarrollo y mantenimiento de los trastornos mentales (Borsboom, 2017).

Funcionalidad de la teoría de redes de síntomas

El modelo de redes constituye una estrategia idónea para la visualización y el análisis de las relaciones entre los síntomas más relevantes de una psicopatología, así como de los vínculos que se establecen entre ellos. Además, facilita la evaluación de la estabilidad y variabilidad de la sintomatología a lo largo de diferentes episodios, así como la identificación de los factores que influyen en su desarrollo y evolución (Blanco *et al.*, 2019; Borsboom, 2017).

Otra cualidad de esta propuesta es que, a diferencia de los modelos tradicionales, no concibe al trastorno mental como la causa de la sintomatología. Por el contrario, plantea que es la propia interacción entre los síntomas dentro de la red, mantenida

y reforzada por eventos negativos, la que da lugar a la psicopatología (véase figura 3; Keegan, 2018). En este sentido, constituye una perspectiva innovadora para comprender la dinámica de los trastornos mentales, ya que parte del estudio de las relaciones entre los diferentes síntomas a partir de la sintomatología previamente descrita en los manuales diagnósticos tradicionales (González *et al.*, 2018).

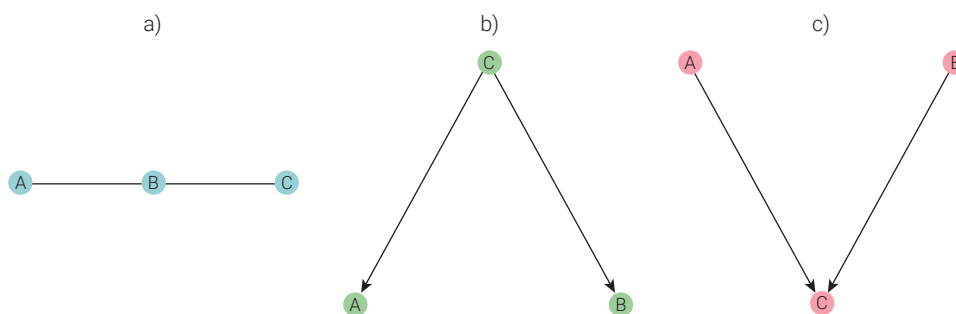


Figura 3. Árbol de relaciones causales

Nota: El primer patrón a) expone que la relación lineal entre A y C está mediada por B; el segundo representa a C como la causa directa de A y B; el tercer esquema exhibe tanto A y B como causales de C (Blanco *et al.*, 2019).

Fuente: elaborado a partir de la representación de las tres relaciones causales más importantes según Woodward, descrito por Boer *et al.* (2021); Blanco *et al.* (2019); Borsboom y Cramer, (2013).

En este modelo, los síntomas se conciben como experiencias cotidianas que pueden manifestarse como alteraciones clínicas en función del contexto, de las prácticas de evaluación y del abordaje propuesto por los manuales diagnósticos (González *et al.*, 2018). En consecuencia, esta estrategia favorece la exploración de fenómenos que anteriormente eran descartados y ofrece una perspectiva dimensional que busca superar algunas de las limitaciones de los modelos clasificatorios previos. Asimismo, incorpora un enfoque más matemático sustentado en la *teoría de grafos*, utilizada para representar de forma visual un conjunto de elementos y las relaciones existentes entre ellos, lo que ha permitido demostrar adecuados niveles de fiabilidad en este modelo (Vásquez *et al.*, 2017).

Además, este enfoque posibilita el análisis de las relaciones entre distintos trastornos a través de las conexiones que existen entre sus síntomas, proporcionando una comprensión más amplia de la comorbilidad. Para ello, no se aparta de los modelos tradicionales, sino que se apoya en las conexiones entre síntomas previamente descritos en los manuales diagnósticos (González *et al.*, 2018). Desde esta perspectiva, la comorbilidad se explica por la causalidad sintomática presente en la red, influida por diversos factores subjetivos y fenomenológicos que subyacen a los problemas psicológicos. De este modo, la sintomatología se organiza y relaciona de acuerdo

con las características y significados particulares que cada persona atribuye a su experiencia (Borsboom, 2017; González *et al.*, 2018).

Intervención clínica desde el modelo de redes

En la teoría de redes, los síntomas se representan como nodos, es decir, variables observadas que se conectan entre sí mediante aristas, nexos o bordes (Blanco *et al.*, 2019; Fonseca, 2018; Gutiérrez *et al.*, 2019; Monteleone y Cascino, 2021; Vásquez *et al.*, 2017). Cada síntoma aporta información sobre el fenómeno psicopatológico y puede manifestarse a través de relaciones multifactoriales o monofactoriales. Estas asociaciones permiten que los nodos adquieran características particulares en función de las conexiones heterogéneas que establecen con otros nodos (Gutiérrez *et al.*, 2019).

Desde esta perspectiva, la presencia de un trastorno mental se interpreta como una red estructurada por múltiples nodos con identidades propias, interconectados mediante una *conectividad sintomática*. Dicha conectividad determina los patrones de activación de los nodos y configura la estructura de la red psicopatológica (Gutiérrez *et al.*, 2019).

Este enfoque permite cuantificar y destacar la importancia de cada síntoma dentro de la red, resaltando la centralidad como un elemento fundamental para comprender la dinámica de los trastornos mentales (Fried *et al.*, 2016, citado por Blanco *et al.*, 2019; Fonseca, 2018; Monteleone y Cascino, 2021). En este sentido, la *centralidad* de un nodo depende de la cantidad y fuerza de las conexiones que mantiene con otros nodos. Así, cuando un nodo presenta múltiples aristas, se considera un nodo altamente central y, por tanto, más influyente dentro de la red. Por el contrario, aquellos nodos con menor número de conexiones se consideran *periféricos* y ejercen una influencia más limitada (Fonseca, 2018; Hofmann *et al.*, 2016).

La centralidad y la fortaleza de los nodos pueden analizarse mediante diversos indicadores que permiten identificar la relevancia de cada síntoma dentro de la red psicopatológica (Blanco *et al.*, 2019; Vásquez *et al.*, 2017):

- **Grado (*degree*):** corresponde al número de conexiones que un síntoma mantiene con otros síntomas. Cuanto mayor sea la cantidad de conexiones sintomáticas, mayor será la influencia potencial de ese síntoma sobre los demás. Por ejemplo, si la fatiga se conecta con el insomnio, la falta de

concentración y los dolores musculares, se diría que presenta un grado de 3 (Borsboom y Cramer, 2013).

- **Fuerza (*strength*):** hace referencia a la suma de los pesos de las conexiones de un nodo. Se refleja en la intensidad de los vínculos que mantiene un síntoma con otros, indicando su relevancia dentro de la red. Por ejemplo, si la ansiedad se encuentra fuertemente relacionada con el insomnio y la agitación, presentará una fuerza elevada (Borsboom y Cramer, 2013; Bringmann *et al.*, 2013; Fried y Cramer, 2017; Robinaugh *et al.*, 2016).
- **Influencia esperada (*expected influence*):** constituye una extensión del indicador de fuerza, ya que considera la direccionalidad de los efectos. Tiene en cuenta no solo los síntomas con los que un nodo está directamente conectado, sino también la manera en que estos influyen sobre otros síntomas. Un síntoma con alta influencia esperada puede desempeñar un papel central en el desarrollo y mantenimiento del trastorno. Por ejemplo, si la tristeza influye en la fatiga y esta, a su vez, en la falta de energía, la tristeza tendrá una elevada influencia esperada (Robinaugh *et al.*, 2016).
- **Cercanía (*closeness centrality*):** mide la proximidad de un síntoma respecto a todos los demás nodos de la red. Un síntoma con alta cercanía puede propagar su influencia de manera más rápida a través de la red. Por ejemplo, si el insomnio está conectado directa o indirectamente con numerosos síntomas, cualquier modificación en este podría repercutir rápidamente en el resto de la red (Borsboom y Cramer, 2013; Bringmann *et al.*, 2013; Fried y Cramer, 2017; Robinaugh *et al.*, 2016).
- **Intermediación (*betweenness centrality*):** evalúa cuántas veces un síntoma actúa como puente entre otros síntomas. Un nodo con alta intermediación resulta fundamental para la transmisión de influencia dentro de la red. Por ejemplo, si la ansiedad conecta síntomas depresivos con manifestaciones físicas como taquicardia o sudoración, presentará una alta intermediación (Borsboom y Cramer, 2013; Bringmann *et al.*, 2013; Fried y Cramer, 2017; Robinaugh *et al.*, 2016).
- **Centralidad (*centrality*):** evalúa la importancia global de un síntoma dentro de la red, considerando no solo el número de conexiones que posee, sino también la relevancia de los nodos con los que se relaciona. Un síntoma altamente central suele estar conectado con otros síntomas igualmente influyentes. Por ejemplo, si la fatiga está asociada con síntomas centrales como el insomnio y la tristeza, presentará un alto nivel de centralidad (Newman, 2010).

- **Transitividad (*clustering coefficient*):** mide el grado de interconexión entre un síntoma y sus vecinos inmediatos, indicando si los síntomas conectados a un nodo también se encuentran conectados entre sí y forman subgrupos dentro de la red. Por ejemplo, en la depresión, síntomas como la desesperanza, la tristeza y la anhedonia pueden encontrarse fuertemente interrelacionados (Bringmann *et al.*, 2013; Newman, 2010).
- **Redundancia (*redundancy*):** evalúa si la eliminación de un nodo modifica significativamente la estructura de la red. Un síntoma con alta redundancia puede conservar su influencia aun cuando sea eliminado, debido a que otros síntomas pueden asumir funciones similares. Por ejemplo, en un cuadro de ansiedad, tanto la preocupación como la tensión muscular pueden desempeñar roles semejantes; por ello, la eliminación de uno de ellos podría no alterar sustancialmente la red si el otro permanece activo (Bringmann *et al.*, 2013; Newman, 2010).
- **Síntomas puente (*bridge symptoms*):** son aquellos síntomas que conectan grupos o comunidades distintas dentro de una red. Resultan especialmente relevantes para comprender la comorbilidad, ya que pueden actuar como vínculos entre diferentes trastornos. Por ejemplo, la fatiga puede funcionar como síntoma puente entre la depresión y la ansiedad (Borsboom, 2017).

Borsboom (2017) señala que el diagnóstico desde la teoría de redes debe concebirse como un proceso orientado a identificar los síntomas presentes y las interacciones que se establecen entre ellos. Desde esta perspectiva, la intervención sobre la red sintomática puede realizarse en tres niveles: sobre el *síntoma o nodo*, mediante la modificación del estado de uno o varios síntomas; sobre el *campo externo*, a través de la eliminación de uno o más factores desencadenantes de la activación sintomática; y sobre la propia *red*, modificando su composición mediante cambios en las conexiones entre los síntomas. En consecuencia, se considera que el trastorno constituye una respuesta a la activación de determinados síntomas en un momento específico, mientras que la recuperación ocurre cuando se desactivan los síntomas relevantes, se debilitan o eliminan las conexiones entre ellos, o se producen ambos procesos de manera simultánea (Blanco *et al.*, 2019).

Asimismo, Borsboom (2017) plantea que la modificación de un síntoma puede influir en la probabilidad de aparición de otros síntomas relacionados. Estas conexiones causales pueden sustentarse en diversos factores, entre ellos procesos biológicos básicos, como el insomnio que genera fatiga; factores psicológicos, como la

pérdida de interés que favorece sentimientos de culpa; mecanismos de interacción homeostática, como la relación entre el apetito y el sueño dentro del sistema biológico, donde la alteración de uno puede afectar al otro; o normas sociales, como ocurre cuando la dependencia al consumo de sustancias propicia el involucramiento con las autoridades competentes. De este modo, la teoría de redes establece una explicación que se aparta de la existencia de una causa patogénica general y propone que los síntomas pueden influirse mutuamente, conformando una red de elementos interconectados que se retroalimentan y contribuyen al mantenimiento del trastorno (Blanco *et al.*, 2019; Borsboom, 2017; Fonseca, 2018; González *et al.*, 2018).

Tipos de redes

Existe una amplia diversidad en la construcción de redes sintomáticas, la cual depende tanto del enfoque adoptado para cada paciente como de los procedimientos analíticos empleados en el estudio de la red (Monteleone y Cascino, 2021). No obstante, estas pueden agruparse en distintas categorías. Entre las más comunes se encuentran las siguientes:

- **Redes de asociación:** se construyen a partir de correlaciones o asociaciones entre síntomas. En este tipo de redes, el grosor de las aristas representa la fuerza de la relación entre los nodos, sin considerar la direccionalidad ni la causalidad de dichas relaciones. Estas redes facilitan la comprensión del grado de asociación entre los síntomas, así como la identificación de aquellos que ocupan posiciones centrales o periféricas según la intensidad de sus conexiones y su relevancia dentro de la red (Blanco *et al.*, 2019; Fonseca, 2018; Vásquez *et al.*, 2017). Por ejemplo, si la falta de iniciativa y la fatiga se presentan conjuntamente, existirá una conexión fuerte entre ambos síntomas. (figura 4).

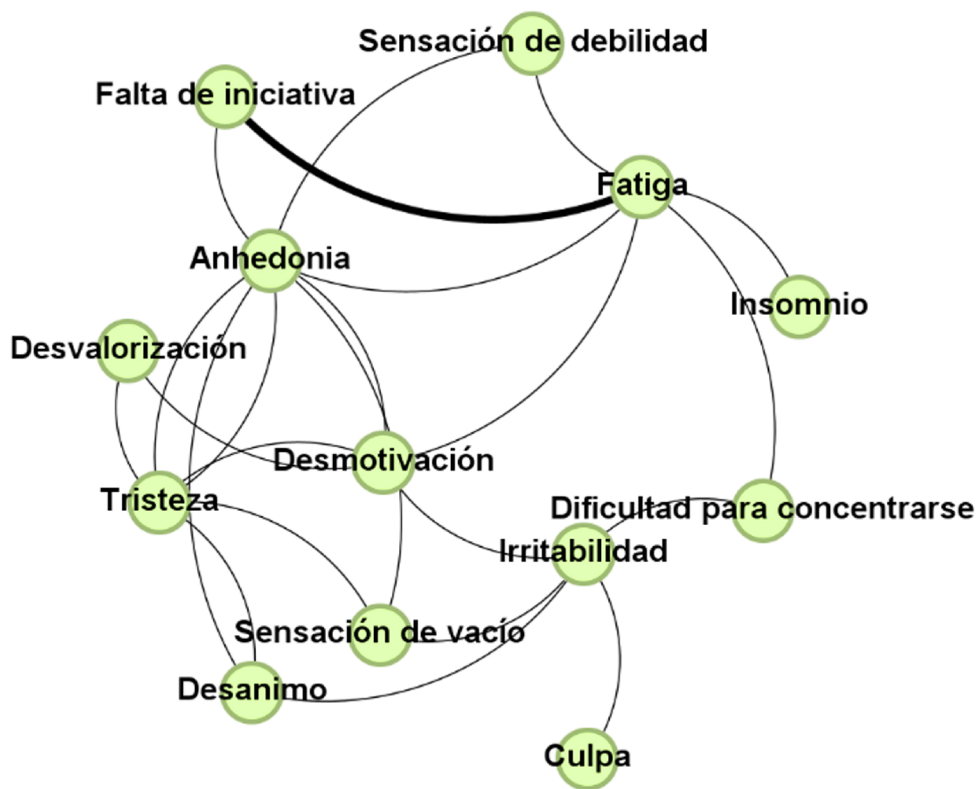


Figura 4. Red de asociación de síntomas en la depresión

Fuente: elaboración propia.

- **Redes de correlaciones parciales:** en este contexto, las redes proporcionan un enfoque para comprender las interacciones entre los síntomas, considerando diversos factores que pueden influir en sus relaciones y posibles causas (Blanco et al., 2019). Esto incluye la posibilidad de que dos síntomas estén relacionados debido a la influencia de un tercero que los causa, a la presencia de una consecuencia común entre ellos o a una relación directa entre ambos síntomas (Borsboom y Cramer, 2013; Blanco et al., 2019). Por ejemplo, si se mantiene la relación entre fatiga y falta de iniciativa, las mismas podrían influir en la activación de otros síntomas como es la Fatiga – Dificultad para concentrarse, y Falta de iniciativa – Anhedonia; Falta de iniciativa – Desmotivación; Falta de iniciativa – Desanimo (figura 5).

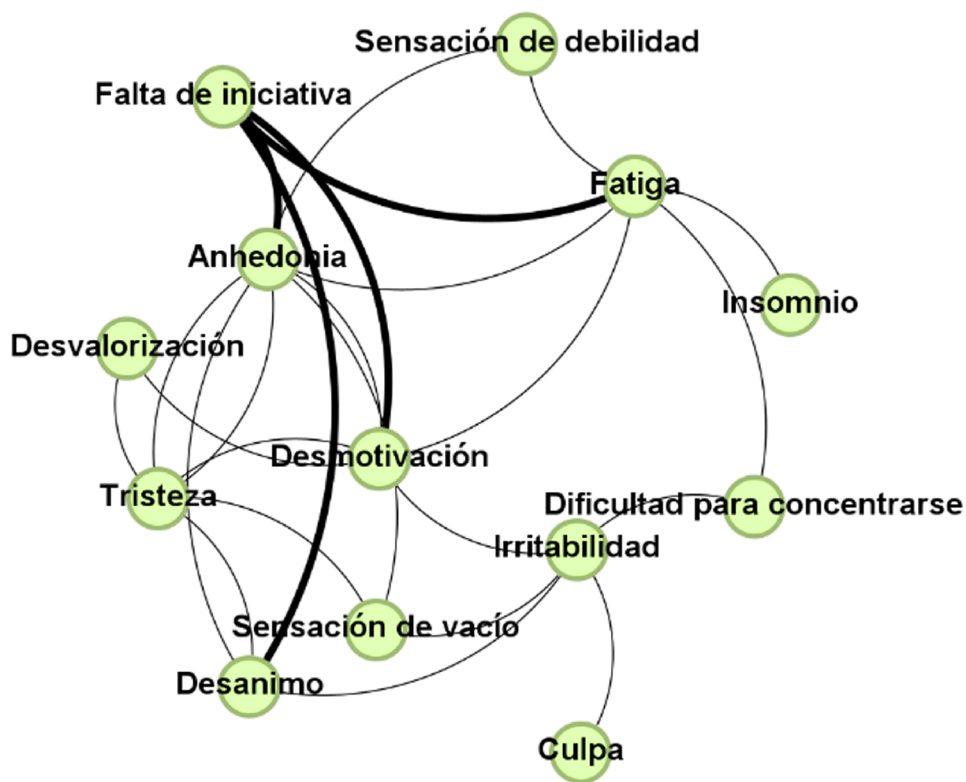


Figura 5. Red de correlaciones parciales de la depresión

Fuente: elaboración propia.

- **Redes dirigidas:** representan las relaciones causales entre los síntomas mediante un enlace dirigido que indica que un síntoma influye en otro. Estas redes valoran la magnitud y el tipo de conexiones, otorgando mayor relevancia a la dirección de los nexos en la activación de síntomas sucesivos, sin implicar necesariamente una causalidad directa entre ellos (Fonseca, 2018). Por ejemplo, si se perpetúa la relación entre la falta de iniciativa y la anhedonia, esta última puede actuar como desencadenante de otros síntomas como desvalorización, tristeza, desmotivación, desánimo y sensación de vacío (figura 6).

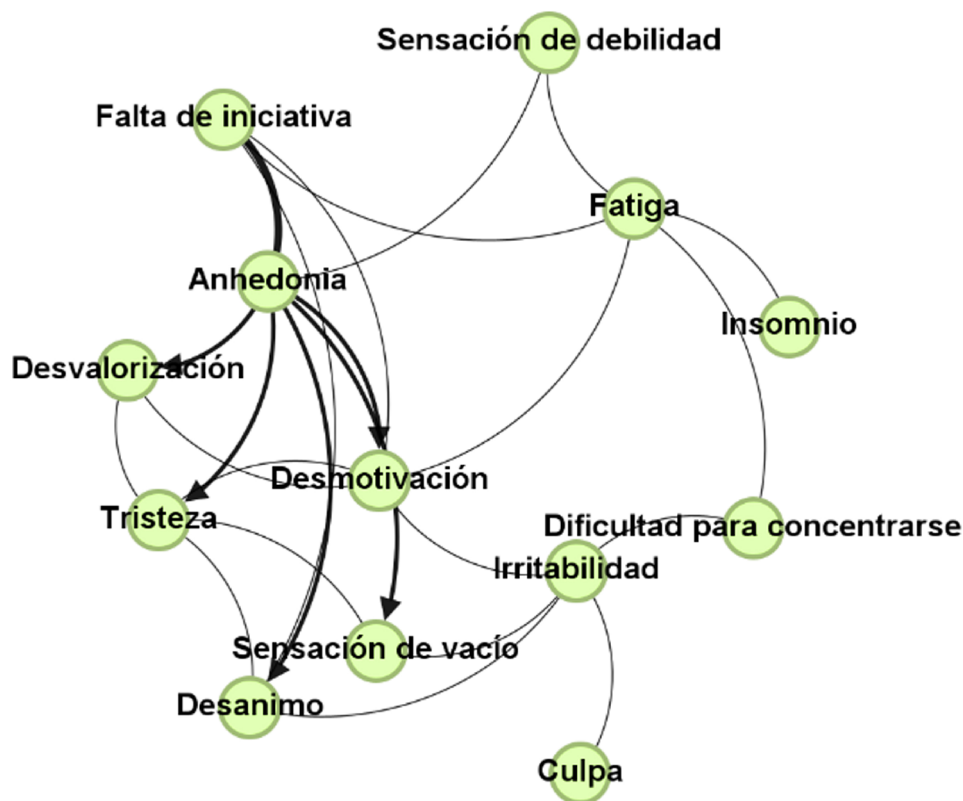


Figura 6. Red dirigida de la depresión

Fuente: elaboración propia.

- **Redes bayesianas:** son igualmente redes direccionales, en las que los nexos siguen una dirección de predicción y causalidad. Sin embargo, la activación de un nodo sobre otro no genera la activación del resto de la red. Su proceso se basa en seleccionar un nexo aleatorio que puede ser eliminado, añadido o modificado en su dirección, con la finalidad de identificar cambios en la red. Además, se asigna un valor a cada nexo, lo que facilita el establecimiento de hipótesis sobre las relaciones causales sintomatológicas (Blanco *et al.*, 2019). Por ejemplo, si se interviene la falta de iniciativa se podría romper la relación con la anhedonia, lo que daría como resultado la supresión de la activación de los otros síntomas, produciendo un efecto dominó que desestabilizaría la red (figura 7).

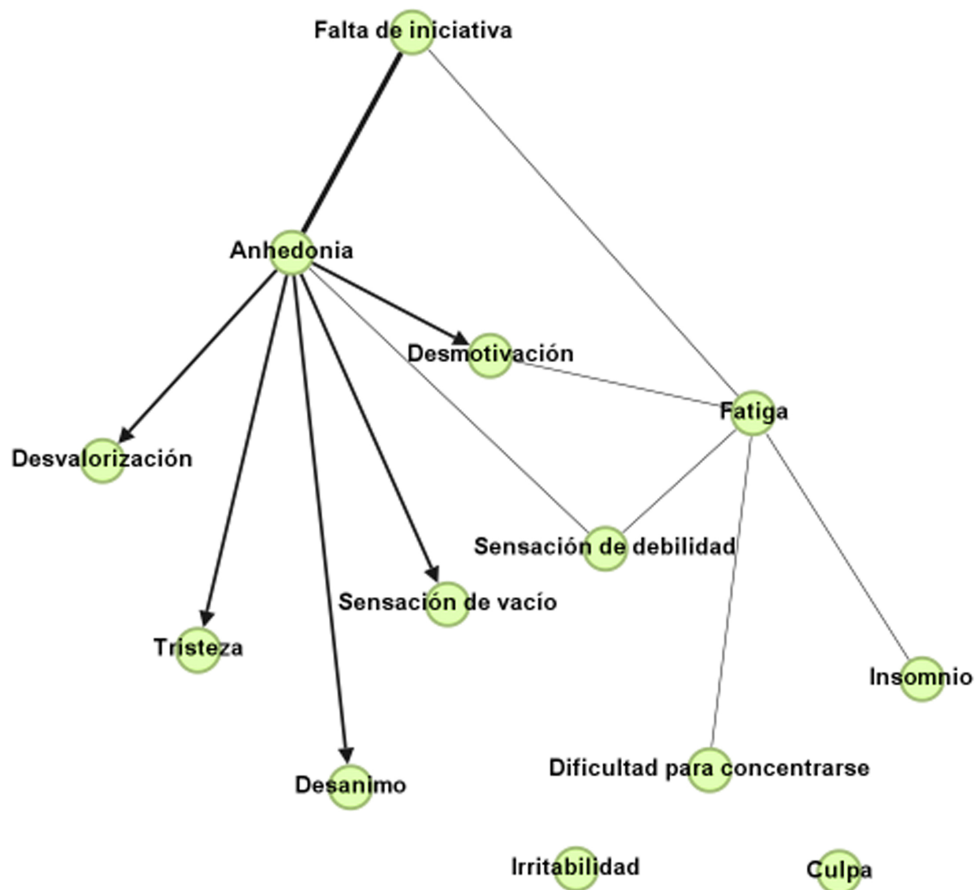


Figura 7. Red bayesiana de la depresión

Fuente: elaboración propia.

- **Redes temporales:** analizan la evolución de los síntomas a lo largo del tiempo. Para ello, utilizan modelos autorregresivos que permiten evaluar cómo un síntoma predice su propia activación y la de otros síntomas en momentos posteriores (Fonseca, 2018). Por ejemplo, en caso de no intervenir la falta de iniciativa que influye sobre la anhedonia, con la evolución de la sintomatología, la anhedonia ganará un rol más central siendo el nodo clave que conectará los demás síntomas, siendo posteriormente también causante de la falta de iniciativa (figura 8).

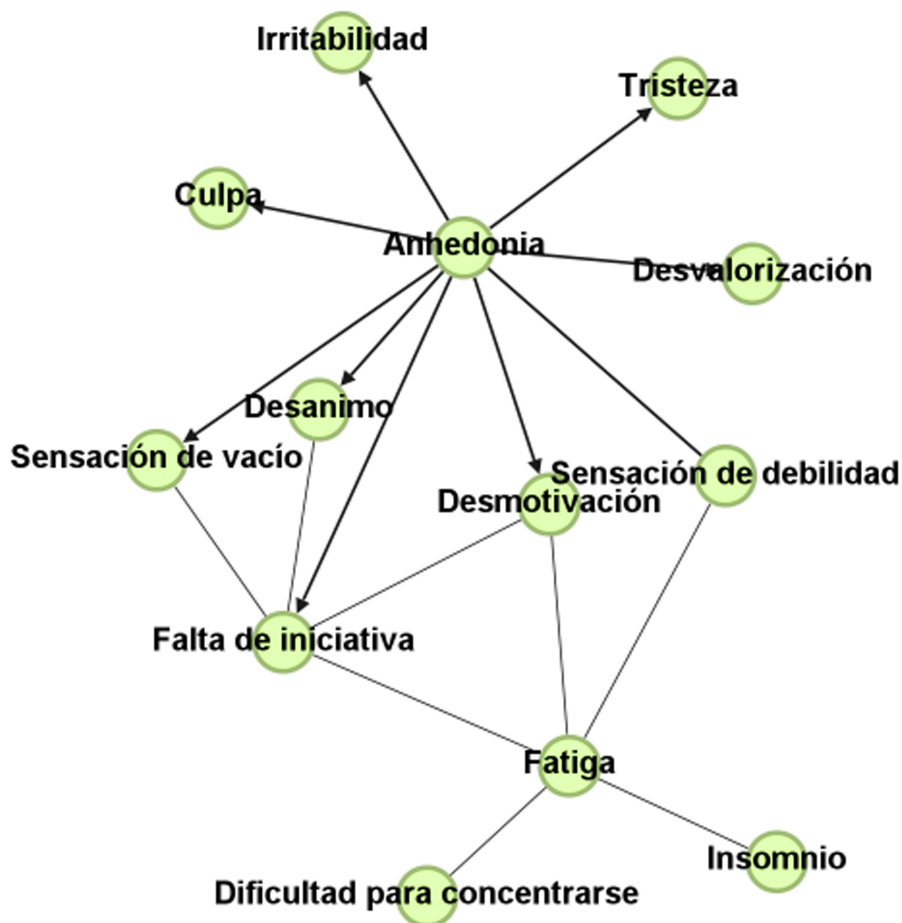


Figura 8. Red bayesiana temporal de la depresión
Fuente: elaboración propia.

La comorbilidad en la TRS

La comorbilidad no es vista como una simple superposición de entidades diagnósticas separadas, sino como la interconectividad de síntomas compartidos entre diferentes redes, que pueden actuar como síntomas puente entre distintos trastornos (véase figura 9; Borsboom y Cramer, 2013). Estos *síntomas puente* sirven como nexo entre ambos trastornos, provocando la activación de conexiones que, a su vez, pueden activar la red en su conjunto. De este modo, la comorbilidad se posiciona como una forma de explicar las interacciones funcionales relevantes entre los síntomas y algunas redes (Blanco *et al.*, 2019; Borsboom, 2017; González *et al.*, 2018; Vásquez *et al.*, 2017).

Un síntoma puente conecta dos redes sintomáticas, facilitando la transmisión de la activación entre trastornos. Por ejemplo, en la comorbilidad entre ansiedad y depresión, la fatiga y la rumiación han sido identificadas como síntomas clave, lo que indica que su intervención podría reducir la manifestación de ambos trastornos (Boschloo *et al.*, 2016).

La comorbilidad no debe considerarse un fenómeno accidental ni un obstáculo para la intervención de los trastornos mentales, sino una característica esencial e inseparable de estos, que no se limita a los criterios diagnósticos establecidos (Borsboom, 2017). Esta concepción facilita la identificación y el abordaje de los síntomas puente mediante estrategias orientadas a la intervención y prevención de la activación de determinados nodos, evitando que estos influyan en otras secciones de la red y favorezcan una activación y retroalimentación generalizadas (Blanco *et al.*, 2019; González *et al.*, 2018).

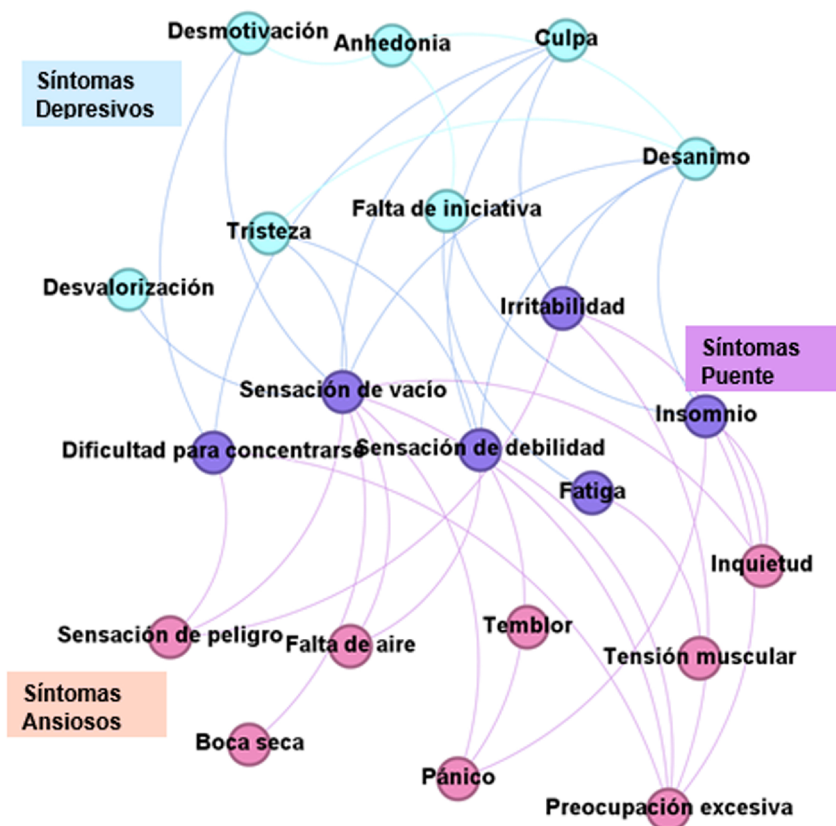


Figura 9. Esquema de relación de redes por medio de síntomas puente entre depresión y ansiedad

Fuente: elaboración propia.

Los síntomas puente son cuantificados según la resistencia existente, dado que su fuerza se construye a partir de la conexión entre dos o más grupos sintomatológicos. En este sentido, la intervención terapéutica sobre los síntomas puente podría eliminar la retroalimentación entre las redes (Levinson *et al.*, 2022).

Presencia de la vulnerabilidad en la TRS

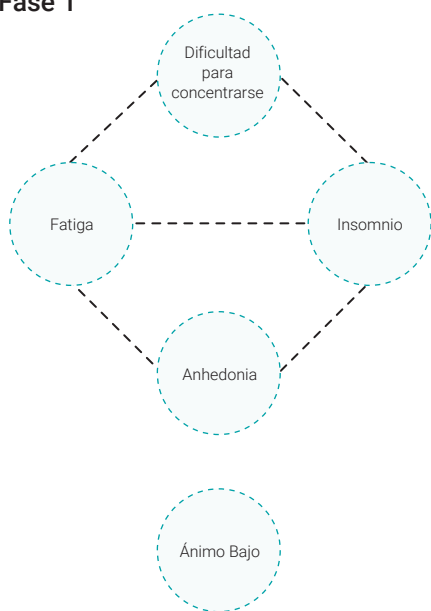
La vulnerabilidad en la TRS es comprendida desde la histéresis, entendida en este contexto como el fenómeno mediante el cual una red de síntomas permanece en un estado alterado incluso después de que el factor desencadenante haya desaparecido. Así, una vez que se produce la activación y los síntomas dentro de la red se refuerzan mutuamente, el sistema puede estabilizarse en ese estado patológico, dificultando la recuperación (Cramer, 2013). Sin embargo, cuando se presentan conexiones débiles, los detonantes deberán manifestarse con mayor intensidad; por lo tanto, si la conexión no es suficientemente fuerte o autónoma, se producirá una recuperación paulatina hasta retornar a la inactivación de la red (Borsboom, 2017).

Este concepto es clave para comprender por qué algunos trastornos mentales persisten a lo largo del tiempo y por qué la intervención clínica debe centrarse en la identificación y modificación de las conexiones críticas dentro de la red para facilitar la recuperación.

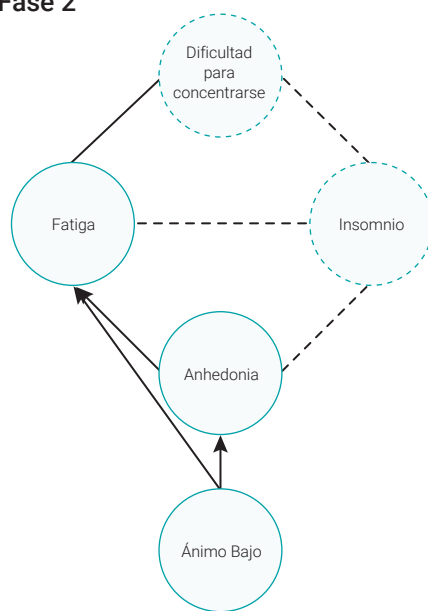
También es importante considerar los cambios que se producen en las redes sintomáticas a lo largo del tiempo, ya que estos facilitan una visión etiológica de los trastornos mentales desde la perspectiva de red, mostrando su evolución sintomática, sus interacciones con otros trastornos y la predicción de cambios sintomatológicos. Desde esta perspectiva, los trastornos mentales son considerados como la consolidación de los procesos activadores de los síntomas (Blanco *et al.*, 2019; Borsboom, 2017). De este modo, la histéresis puede comprenderse como un nuevo principio dentro de este modelo.

- **Principio 5. Histéresis:** los trastornos mentales emergen como resultado de la histéresis en redes de síntomas altamente interconectadas, fenómeno por el cual los síntomas continúan activándose y reforzándose mutuamente aun cuando el factor desencadenante original ha desaparecido (figura 10).

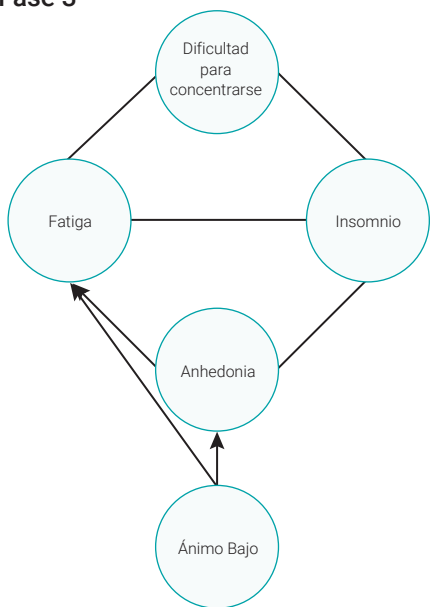
Fase 1



Fase 2



Fase 3



Fase 4

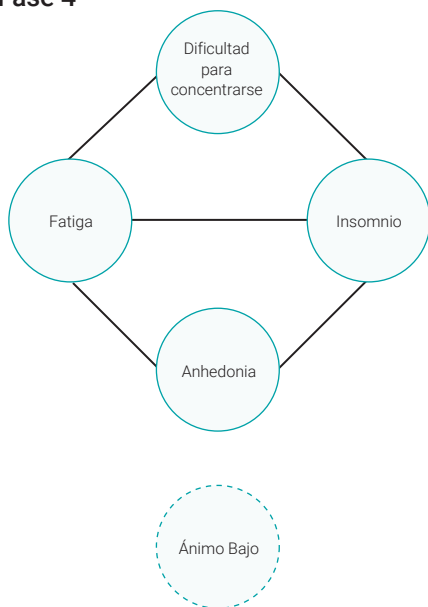


Figura 10. Fases de activación de los trastornos mentales en la TRS e influencia de la histéresis

Fuente: adaptado de las fases en el desarrollo de los trastornos mentales según la teoría de redes de Borsboom y Cramer (2013).

Contenidos extrasintomáticos

También existen condiciones externas a la red que pueden influir en los síntomas (p. ej., eventos adversos de la vida), conformando el *campo externo sintomatológico*. Los cambios en este campo (p. ej., la pérdida de un ser querido) pueden activar síntomas dentro de la red, como el estado de ánimo deprimido. A su vez, esta activación puede desencadenar la aparición de síntomas relacionados (p. ej., insomnio, sentimientos de culpa o ansiedad) y producir depresión (Borsboom, 2017).

Cabe destacar que los factores del campo externo, pese a encontrarse fuera de la red, no necesariamente son externos a la persona. Existen factores fisiológicos que pueden producir activación sintomática (p. ej., la privación del sueño, que puede activar la ansiedad y la irritabilidad), así como alteraciones en el funcionamiento cerebral (p. ej., delirios o alucinaciones) (Blanco *et al.*, 2019; Borsboom, 2017; Monteleone y Cascino, 2021).

La presencia de factores externos a los síntomas facilita el diseño de modelos explicativos más adecuados sobre su funcionamiento y favorece la construcción de redes de riesgo o protección. En este sentido, diversos estudios permiten considerar la resiliencia como un elemento fundamental en el desarrollo de redes de protección y en la reducción de factores de riesgo, favoreciendo la articulación de conductas adaptativas para la regulación emocional (Blanco *et al.*, 2019).

Diagnóstico y tratamiento desde la TRS

Para realizar un diagnóstico desde la TRS, este debe entenderse como un proceso en el que el psicólogo deberá identificar: a) ¿cuáles son los síntomas presentes?, y b) ¿qué interacciones dentro de la red los mantienen? En principio, este procedimiento es similar a la forma en que actualmente se realizan los diagnósticos en psicoterapia, mediante la identificación y codificación del trastorno mental, la presencia de sus síntomas y las relaciones entre ellos. Sin embargo, la principal diferencia radica en la relevancia que adquiere la retroalimentación sintomática en el mantenimiento de los trastornos mentales.

Por su parte, Borsboom (2017) señala que el tratamiento debe orientarse a modificar o moldear la red, a través de tres enfoques de intervención:

- a) Intervención en los síntomas:** se modifica el estado de uno o más síntomas.

- b) **Intervención en el campo externo:** se eliminan una o más causas detonantes.
- c) **Intervención en la red:** se modifica la estructura de la red, alterando las conexiones síntoma a síntoma.

Como ejemplo, considérese una persona con trastorno de ansiedad social que experimenta un miedo intenso al hablar en público, lo que genera evitación de situaciones sociales y aislamiento. Este aislamiento refuerza la percepción de incapacidad social y aumenta la ansiedad ante futuras interacciones.

- **Intervención en los síntomas:** se puede prescribir medicación ansiolítica para reducir los niveles de ansiedad en situaciones sociales específicas.
- **Intervención en el campo externo:** se puede entrenar a la persona en habilidades sociales dentro de un entorno seguro y estructurado, reduciendo así la presión percibida y aumentando su confianza en la interacción social.
- **Intervención en la red:** se puede utilizar la terapia cognitivo-conductual (TCC) para modificar las creencias irracionales relacionadas con la evaluación negativa y favorecer una reestructuración cognitiva que reduzca el miedo al juicio social. Asimismo, mediante la exposición gradual a situaciones sociales, la persona puede aprender que la evitación no es necesaria, rompiendo el ciclo de aislamiento y refuerzo negativo.

Discusión de hallazgos relevantes y su implicación en la práctica clínica

El modelo de redes presenta un amplio conjunto de implicaciones clínicas que abarcan la clasificación diagnóstica, la comorbilidad, el pronóstico de la enfermedad mental y la estructuración de planes de tratamiento (Monteleone y Cascino, 2021). Asimismo, ofrece beneficios significativos, como la posibilidad de visualizar de manera más gráfica los factores subyacentes de diferentes trastornos mentales, así como las conexiones que explican su origen y mantenimiento. De este modo, evita las dicotomías propias de la comprensión tradicional centrada en la presencia de uno u otro trastorno comórbido y otorga mayor relevancia a las experiencias particulares del individuo (González *et al.*, 2018).

Esta propuesta resulta efectiva para la intervención de diversas afectaciones psicológicas y tiene como principal exponente a Borsboom, quien, a través de su

trabajo, ha desarrollado diferentes estudios sobre fenómenos mentales desde el enfoque de redes y ha postulado principios fundamentales para facilitar su comprensión, tratamiento e investigación. Con el propósito de contribuir a los avances en este campo, se propone un nuevo principio.

- **Principio 6. Persistencia y modificación dinámica:** los trastornos mentales no solo emergen de la activación de síntomas interconectados, sino que su persistencia y modificación a lo largo del tiempo dependen de la plasticidad de la red sintomática. Esta plasticidad, entendida como migración diagnóstica, puede verse influida por intervenciones clínicas, factores ambientales y estrategias individuales de afrontamiento.

Esta propuesta surge a partir de las siguientes consideraciones:

1. La presencia de la histéresis explica la persistencia de la red sintomática; sin embargo, no todas las redes se comportan de la misma manera, ya que algunas presentan una mayor tendencia a la persistencia debido a su estructura interna.
2. La aplicación de tratamientos basados en la evidencia, como la terapia cognitivo-conductual enfocada en síntomas centrales, puede modificar la estructura de la red y debilitar las conexiones entre los síntomas.
3. La red no es estática; los cambios en el entorno, el aprendizaje y la autorregulación pueden generar reconfiguraciones en la interacción de los síntomas, produciendo una migración diagnóstica entre trastornos de una misma familia, como ocurre en los trastornos de la conducta alimentaria.

Por lo que, este principio se propone con la finalidad de que la intervención clínica no se enfoque solo en la eliminación de síntomas aislados, sino en la transformación de la estructura global de la red para reducir su tendencia a la persistencia y favorecer patrones más adaptativos.

Así mismo se resaltan las diferencias existentes entre los modelos diagnósticos en la tabla 1.

Tabla 1. Diferencias de la TRS con los modelos tradicionales

Criterio	Modelo categorial	Modelo dimensional	Teoría de redes de síntomas
Concepto central	Clasificación de los trastornos mentales en categorías bien definidas.	Evalúa la psicopatología en un continuo de gravedad, en lugar de categorías fijas.	Considera los trastornos como redes de síntomas interconectados que se influyen entre sí.
Base teórica	Diagnóstico basado en la presencia o ausencia de síntomas específicos según los manuales diagnósticos.	Diagnóstico basado en la severidad de los síntomas, considerando factores biológicos y ambientales.	Diagnóstico basado en la interacción y causalidad entre síntomas dentro de una red.
Enfoque diagnóstico	Categorico (presencia/ ausencia de síntomas).	Dimensional (intensidad de síntomas en un espectro).	Relacional (síntomas conectados entre sí con influencia mutua).
Comorbilidad	Alta, ya que una persona puede cumplir criterios de múltiples trastornos.	Permite evaluar síntomas compartidos entre trastornos, pero no resuelve completamente la comorbilidad.	Explicada a través de síntomas puente que conectan distintos trastornos dentro de una red sintomática.
Ventajas	Facilita la comunicación entre profesionales. Permite predicción clínica y guía tratamientos establecidos.	Considera la variabilidad de síntomas dentro de un mismo diagnóstico. Explica la heterogeneidad de los trastornos mentales.	Proporciona un enfoque más individualizado. Identifica síntomas centrales clave para la intervención terapéutica.
Limitaciones	Etiquetado rígido de los trastornos. No considera la variabilidad individual ni la interacción entre síntomas.	Puede perder precisión en la diferenciación de trastornos. Depende en gran medida de la subjetividad del evaluador.	No se aleja completamente de los manuales tradicionales. Puede resultar complejo para la aplicación clínica.
Aplicación clínica	Tratamientos específicos basados en la categoría del trastorno.	Intervenciones ajustadas a la gravedad y perfil individual del paciente.	Permite diseñar estrategias terapéuticas focalizadas en síntomas centrales o nodos clave.
Perspectiva transdiagnóstica	Baja, debido a la rigidez de las categorías.	Media, ya que reconoce solapamientos sintomáticos.	Alta, al centrarse en los síntomas en lugar de diagnósticos fijos.

Fuente: elaboración propia.

Conclusión

El análisis de redes de síntomas representa un enfoque innovador en la comprensión y el tratamiento de los trastornos mentales, ya que desafía los modelos tradicionales y permite una visión más dinámica e individualizada de la psicopatología. Este enfoque otorga mayor relevancia a la relación y al significado de los síntomas, lo que facilita el establecimiento de un diagnóstico más preciso y, en ese mismo sentido, ofrece un tratamiento adecuado mediante intervenciones basadas en la evidencia,

como la terapia cognitivo-conductual (TCC). Asimismo, abre la posibilidad de intervenciones más precisas y efectivas, centradas en la identificación y modificación de los síntomas clave dentro de la red sintomática de cada paciente, evitando las nociones biológicas de normal o anormal, y proponiendo en su lugar un abordaje con una cosmovisión más amplia de los componentes del individuo y de cómo estos influyen y configuran su bienestar mental, iniciando el abordaje desde el propio paciente y no desde la concepción del terapeuta.

El enfoque clínico propuesto en este trabajo facilita la identificación de síntomas centrales y síntomas puente, no solo desde la visualización de las conexiones, sino también desde su importancia dentro de la red. Esto permite optimizar las estrategias terapéuticas al intervenir directamente sobre aquellos síntomas que sostienen y propagan la psicopatología, además de promover la comprensión de la comorbilidad, los cambios sintomáticos y la migración o plasticidad diagnóstica. De este modo, se posibilita la identificación de patrones comunes y su diferenciación respecto de otros, adoptando una postura más integral frente a los aspectos psicopatológicos que afectan al paciente y permitiendo un tratamiento más personalizado y preciso en la intervención clínica.

Finalmente, se recomienda continuar con el desarrollo de competencias que promuevan el análisis de redes dentro de la formación en psicología clínica. La adopción del modelo de teoría de redes de síntomas no solo puede contribuir a la exactitud diagnóstica y al desarrollo de tratamientos e instrumentos diagnósticos, sino que también puede facilitar la apertura de nuevas líneas de investigación en torno a la etiología y evolución de los trastornos mentales, permitiendo la transformación de la visión actual sobre la salud mental y la importancia de las relaciones sindrómicas en la comprensión del trastorno mental.

Referencias

- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., text rev.). American Psychiatric Association Publishing. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787>
- Avendaño, B., Toro, R. y Vargas, N. (2018). Protocolo de evaluación transdiagnóstico para estrés, ansiedad y depresión: Un análisis con víctimas colombianas. *Temas en Psicología*, 26(4). <https://doi.org/10.9788/TP2018.4-15Pt>

- Barlow, D. H., Allen, L. B. y Choate, M. L. (2004). Toward a unified treatment for emotional disorders. *Behavior Therapy*, 35(2), 205–230.
- Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). *Manual de psicopatología* (3.ª ed., Vol. 1). McGraw Hill.
- Blanco, I., Contreras, A., Valiente, C., Espinosa, R., Nieto, I. y Vázquez, C. (2019). El análisis de redes en psicopatología: Conceptos y metodología. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 27(1), 87–106.
- Boer, N., de Bruin, L., Geurts, J. y Glas, G. (2021). The network theory of psychiatric disorders: A critical assessment of the inclusion of environmental factors. *Frontiers in Psychology*, 12, 623970. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.623970>
- Borsboom, D. (2017). A network theory of mental disorders. *World Psychiatry*, 16(1), 5–13. <https://doi.org/10.1002/wps.20375>
- Borsboom, D. y Cramer, A. O. J. (2013). Network analysis: An integrative approach to the structure of psychopathology. *Annual Review of Clinical Psychology*, 9(1), 91–121. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050212-185608>
- Boschloo, L., van Borkulo, C. D., Borsboom, D. y Schoevers, R. A. (2016). A prospective study on how symptoms in a network predict the onset of depression. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 85(3), 183-184. <https://doi.org/10.1159/000442001>
- Bringmann, L. F., Vissers, N., Wichers, M., Geschwind, N., Kuppens, P., Peeters, F., Borsboom, D. y Tuerlinckx, F. (2014). A network approach to psychopathology: New insights into clinical longitudinal data. *PLOS ONE*, 9(4), e96588. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0096588>
- Cramer, A. O. J. (2013). *The glue of (ab)normal mental life: Networks of interacting thoughts, feelings and behaviors* [Tesis doctoral, Universiteit van Amsterdam]. Universiteit van Amsterdam. [https://dare.uva.nl/personal/pure/en/publications/the-glue-of-abnormal-mental-life-networks-of-interacting-thoughts-feelings-and-behaviors\(07fb9fb2-ee7f-451f-b3a1-dc59093dfcd4\).html](https://dare.uva.nl/personal/pure/en/publications/the-glue-of-abnormal-mental-life-networks-of-interacting-thoughts-feelings-and-behaviors(07fb9fb2-ee7f-451f-b3a1-dc59093dfcd4).html)
- Duero, D. G. (2013). El diagnóstico psicopatológico: Características y supuestos epistemológicos en los que se sustenta. *Revista Colombiana de Psicología*, 22(1), 91-106. <http://www.scielo.org.co/pdf/rcps/v22n1/v22n1a07.pdf>
- 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://doi.org/10.1016/j.rpsm.2017.06.004>

- Fonseca-Pedrero, E. (2018). Análisis de redes en psicología. *Papeles del Psicólogo*, 39(1), 1–12. <https://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/2852.pdf>
- Fried, E. I. y Cramer, A. O. J. (2017). Moving forward: Challenges and directions for psychopathological network theory and methodology. *Perspectives on Psychological Science*, 12(6), 999–1020. <https://doi.org/10.1177/1745691617705892>
- Gamba, F. A., Graziola, M., Marino, J., Urgorri, M. B. y Castellaro, M. (2020). Los trastornos de la personalidad desde una perspectiva dimensional. *Persona*, 23(1), 11–20. [https://doi.org/10.26439/persona2020.n023\(1\).4830](https://doi.org/10.26439/persona2020.n023(1).4830)
- Gómez, D. (2015). *Desarrollo histórico de la clasificación y el diagnóstico en psicopatología* [Trabajo de fin de grado, Universidad de La Laguna]. Repositorio Institucional de la Universidad de La Laguna. <https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/915/2587/1/DESARROLLO+HISTORICO+DE+LA+CLASIFICACION+Y+EL+DIAGNOSTICO+EN+PSICOPATOLOGIA.pdf>
- González, D., Cernuda, J., Pérez, F., Beltrán, P. y Aparicio, V. (2018). Transdiagnóstico: Origen e implicaciones en los cuidados de salud mental. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 38(133), 137–150. <https://doi.org/10.4321/S0211-57352018000100008>
- González, J. y Álvarez, Y. (2022). DSM-5-TR: Antecedentes históricos y descripción general de los principales cambios. *Revista Puertorriqueña de Psicología*, 33(2), 302–317. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/8738404.pdf>
- Gutiérrez, J., Pino, F., Zoido, J., Cano, G., Busto, M., Martín, B. y Leal, A. (2019). *Introducción a la teoría de redes y psiquiatría*. Interpsiquis XX Congreso Virtual Internacional de Psiquiatría, Psicología y Salud Mental. <https://psiquiatria.com/bibliopsiquis/introduccion-a-la-teoria-de-redes-y-psiquiatria>
- Hernández, L., del Palacio, A., Freyre, M. y Alcázar, R. (2011). La perspectiva dimensional de la psicopatología. *Revista Mexicana de Psicología*, 28(2), 111–120. <https://www.redalyc.org/pdf/2430/243029631001.pdf>
- Hofmann, S. G., Curtiss, J. y McNally, R. J. (2016). A complex network perspective on clinical science. *Perspectives on Psychological Science*, 11(5), 597–605. <https://doi.org/10.1177/1745691616639283>
- Jiménez, M. (2021). Conceptualización y diagnóstico dimensional del trastorno de personalidad en el CIE-11. *Revista de Psicología Universidad de Antioquia*, 13(2). <https://doi.org/10.17533/udea.rp.e346148>

- Keegan, E. (2018). ¿Por qué se desarrollan y persisten los trastornos mentales? La perspectiva cognitivo-conductual. *Vertex. Revista Argentina de Psiquiatría*, 29(139), 213–218. <https://revistavertex.com.ar/ojs/index.php/vertex/article/view/342>
- Levinson, C. A., Cusack, C. E., Brown, M. L. y Smith, A. R. (2022). A network approach can improve eating disorder conceptualization and treatment. *Nature Reviews Psychology*, 1(7), 419–430. <https://doi.org/10.1038/s44159-022-00062-y>
- Mayaca, X., Vyhmeister, R. y Parada, B. (2018). Evolución del constructo de salud mental desde lo multidisciplinario. *Humanidades Médicas*, 18(2), 215–232. https://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1727-81202018000200338
- Mirapeix, C. y Fernández, J. (2018). Avances en psicoterapias transdiagnósticas. *Revista de Psicoterapia*, 29(110), 1–5. <https://revistas.uned.es/index.php/rdp/issue/view/1628/525>
- Monteleone, A. M. y Cascino, G. (2021). A systematic review of network analysis studies in eating disorders: Is time to broaden the core psychopathology to non-specific symptoms? *European Eating Disorders Review*, 29(4), 531–547. <https://doi.org/10.1002/erv.2834>
- Newman, M. E. J. (2010). *Networks: An introduction*. Oxford University Press. <https://academic.oup.com/book/27303>
- Norton, P. J., Hayes, S. A. y Hope, D. A. (2004). Effects of a transdiagnostic group treatment for anxiety on secondary depression. *Depression and Anxiety*, 20(4), 198–202. <https://doi.org/10.1002/da.20045>
- Pacheco, L., Padró, D., Dávila, W., Álvarez, S. y Gómez, P. (2015). Apuntes históricos sobre clasificaciones actuales de las patologías mentales. *Norte de Salud Mental*, 8(53), 83–92. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5265697.pdf>
- Peña, B. (2018). *Psicopatología general*. Universidad Espíritu Santo. <https://uees.edu.ec/descargas/libros/2018/psicopatologia-general.pdf>
- Pérez Álvarez, M. (2017). El turno transdiagnóstico y retorno de la psicopatología, el tema de nuestro tiempo en psiquiatría. *Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria*, 14(1), 35–42. https://aen.es/wp-content/uploads/2017/12/CUADERNOS-14-1-2017_Vol-7-n2.pdf
- Robinaugh, D. J., Millner, A. J. y McNally, R. J. (2016). Identifying highly influential nodes in the complicated grief network. *Journal of Abnormal Psychology*, 125(6), 747–757. <https://doi.org/10.1037/abn0000181>

- Sandín, B. (2014). El transdiagnóstico como nuevo enfoque en psicología clínica y psiquiatría. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*, 111, 9–13. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4906864>
- 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>
- Toro, R., García, J. y Zaldívar, F. (2021). Hacia un modelo transdiagnóstico integrador de la psicopatología externalizante. *Acción Psicológica*, 17(1). <https://doi.org/10.5944/ap.17.1.25831>
- Vázquez, C., Roca, P., Poyato, N. y Pascual, T. (2017). Teoría de redes en psicopatología: Una alternativa radical a los sistemas diagnósticos. En R. Fernández-Ballesteros (Ed.), *Progresos y crisis en psicología clínica: Tratamientos basados en la evidencia y crisis del diagnóstico* (pp. 59-83). Pirámide.
- Vázquez, C., Sánchez, A. y Martín, N. (2014). Clasificación y diagnóstico de los trastornos psicológicos: Usos y limitaciones de los sistemas DSM y CIE. En V. E. Caballo, I. C. Salazar y J. A. Carrobbles (Eds.), *Manual de psicopatología y trastornos psicológicos* (2.ª ed., pp. 93-117). Pirámide. <http://dx.doi.org/10.13140/2.1.5172.2244>